

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros
de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo”***

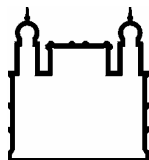
por

Marcos Santos Ferreira

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Luis David Castiel
Segunda Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso*

Rio de Janeiro, abril de 2008.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo”

apresentada por

Marcos Santos Ferreira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam

Prof. Dr. Fernando Salgueiro Passos Telles

Prof. Dr. Luis David Castiel – Orientador principal

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE PÚBLICA

Agite antes de usar...
**A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da
Atividade Física: o caso do Agita São Paulo.**

por

Marcos Santos Ferreira

Orientador: Dr. Luis David Castiel
Orientadora: Dra. Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

Tese apresentada como requisito para a
obtenção do grau de Doutor em Ciências
pela Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca

Rio de Janeiro
Abril, 2008.

Catlogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F383a Ferreira, Marcos Santos
 Agite antes de usar... A promoção da saúde em programas
 brasileiros de promoção da atividade física: o caso do Agita
 São Paulo. / Marcos Santos Ferreira. Rio de Janeiro : s.n.,
 2008.

 v, 252 p., il., graf.

 Orientador: Castiel, Luis David

 Cardoso, Maria Helena Cabral de Almeida

 Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde
 Pública Sergio Arouca.

 1. Exercício. 2. Políticas Públicas. 3. Risco. 4. Estilo de
 Vida. 5. Poder (Psicologia). 6. Promoção da Saúde.
 7. Programas Governamentais. I.Título.

Ana Paula e Joana

Agradecimentos

Apoio não me faltou no percurso até a conclusão do doutorado. Por isso, gostaria de agradecer nominalmente a todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse aqui. Mesmo sabendo que a memória é traiçoeira, vou me arriscar, agradecendo sinceramente:

Aos meus pais Venâncio e Heloisa, que nunca pouparam esforços com minha educação.

Aos meus irmãos Mauro e Fernanda, pelo constante incentivo e apoio, ainda que à distância.

A Ana Paula e Joana que, com amor, sempre estiveram ao meu lado, aturando meu mau humor, meus destemperos e minha ausência.

A Alberto Najjar, por ter me aberto as portas da ENSP, e pela compreensão e profissionalismo com que encarou minha decisão de mudar de projeto e, por conseguinte, de orientador.

A Luis David Castiel, pelo aceite além-mar, pelas inúmeras portas que abriu, pelas tantas outras que, mesmo sem saber, me ajudou a fechar, pelos cafés Iguazu, pelas palavras difíceis, por tudo o que ficou desses anos de convívio e é tão difícil traduzir em palavras.

A Maria Helena Cardoso, pela competente e sempre presente co-orientação e, sobretudo, pela minha introdução ao saber indiciário.

A Cristina Guilam, por fazer as vezes de meu orientador quando ele estava na Espanha, pelo carinho e pelo sorriso, sua marca registrada e incentivo nos momentos difíceis.

Ao meu amigo Paulo Farinatti, pela conversa no Leme (sem dúvida, um divisor de águas em meu doutoramento), pelo apoio e pela torcida.

A Roberto Ferreira dos Santos, meu irmão mais velho, por ter me aberto o caminho da docência universitária, pelo incentivo e pela generosidade com que sempre ouviu e discutiu minhas idéias.

A Alfredo Gomes de Faria Junior, por um dia haver despertado em mim a veia crítica, sem o que não teria escrito esta tese.

A Eduardo Faria que, em 1992, me apresentou à ENSP.

A Wallace Monteiro, pelo incentivo constante e irrestrito.

A Paula dos Santos, Tomaz Pinheiro e Giane Moliari, por terem sido, mais que colegas de doutorado, amigos sempre presentes e cúmplices em vários momentos dessa jornada.

A Adriana Castro, pelos sempre enriquecedores diálogos sobre Promoção da Saúde.

A Geraldo Maranhão, pelo incentivo e por me apontar alguns ‘fios’ que deram mais consistência à urdidura do ‘tapete’ tecido na tese.

Aos meus professores na ENSP, em especial a Fernando Telles, Willer Marcondes e Lenira Zancan, com quem compartilhei reflexões e travei discussões enriquecedoras.

A Maria de Fátima Lobato e Rosa Maria da Rocha, pela oportunidade de discutir muitas das idéias desta tese em fóruns da ENSP.

Aos funcionários da ENSP, em especial aos da Secretaria Acadêmica e da Biblioteca, pela gentileza e cordialidade com que sempre atenderam às minhas solicitações.

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ao Instituto de Educação Física e Desportos e ao Departamento de Desportos Individuais, pela concessão de licença remunerada para cursar o doutorado.

Resumo

A Promoção da Saúde, ideário que vem sendo adotado como referência para ações e políticas no campo da saúde, apresenta-se em diferentes roupagens, o que denota sua maleabilidade a diferentes projetos de sociedade. Sendo assim, é importante analisar as iniciativas que vêm sendo adotadas sob sua égide, entre as quais se destacam as de promoção da atividade física, como o programa Agita São Paulo. O objetivo deste estudo foi investigar a relação de compromisso desse programa com a Promoção da Saúde, analisando sua base teórica, estratégias e discursos. Para isso, além de me pautar em três idéias-chave da Promoção da Saúde como categorias de análise (risco, desmedicalização e *empowerment*), vali-me do método indiciário (Ginzburg, 1989) e da operacionalização proposta por Greimas (Cardoso, 1997) derivada da semiótica. Por meio dessas ferramentas analíticas e de dois ‘mapas estruturais’ de Promoção da Saúde (Beattie, 1991; Caplan, 1993), busquei desvelar estruturas narrativas e essências não explicitadas do Agita São Paulo. Embora tenha tomado como eixo central de análise o filme institucional do Agita São Paulo, a ele foi acrescido todo e qualquer documento produzido pelo programa ou por seus principais atores. Identifiquei que, para o Agita São Paulo, o risco preexiste na natureza e pode ser determinado racionalmente por meio do conhecimento científico objetivo. Sua principal estratégia consiste em chamar o indivíduo à razão, prescrevendo-lhe comportamentos objetivamente moldados pela epidemiologia como *a* solução para seus problemas de saúde. Assim, o sedentário é culpabilizado, problemas sociais biologizados e tratados como questão individual. Fortemente arraigado no modelo biomédico, o Agita São Paulo trata o sedentarismo como doença e a atividade física como vacina, medicalizando o cotidiano. Além disso, estabelece uma relação de ‘poder sobre’ os destinatários de suas ações, revelando-se um programa autoritário e conservador. O programa funda-se numa concepção funcionalista de sociedade e, embora se mantenha à sombra da ‘Nova Promoção da Saúde’, tem suas raízes fincadas em uma abordagem comportamentalista. Por tudo isso, se a Promoção da Saúde é um ideário capaz de viabilizar mudanças sociais, o Agita São Paulo não pode ser citado e muito menos desenvolvido sob sua chancela. Por outro lado, se o Agita São Paulo é visto como iniciativa de Promoção da Saúde, então ela não pode ser vista como alternativa de transformação das condições de saúde da população brasileira.

Palavras-chave: exercício físico; políticas públicas; risco; medicalização, empoderamento.

Abstract

Health Promotion is a set of ideas that has been serving as a reference for a number of actions and policies in the health field. It can be presented in different makeovers, which demonstrates how adjustable it is to different projects of society. Hence the importance of analyzing the initiatives developed under the influence of Health Promotion, among which physical activity promotion initiatives such as Agita São Paulo. The purpose of the present study was to investigate the commitment of Agita São Paulo with the Health Promotion, by means of analysing the theoretical basis, strategies and discourse of the initiative. Striving to unveil narrative structures and unrevealed essences of Agita São Paulo, I took three key ideas of Health Promotion as analysis categories (risk, demedicalization and empowerment), and used a sign-based method (Ginzburg, 1989) as well as the operationalization derived from semiotics proposed by Greimas (Cardoso, 1997) plus the two 'structural maps' of Health Promotion (Beattie, 1991; Caplan, 1993). Although Agita São Paulo's institutional film was taken as the core object of analysis, each and every document produced either by the program or by its main actors was taken into account as well. I identified that in the view of Agita São Paulo, risk preexists in nature and can be rationally determined by objective scientific knowledge. The main strategy of the program consists of a call to rationality, with prescriptions of a set of behaviors objectively determined by epidemiology as *the* answer for all health problems. Thus, sedentary people are blamed, social problems are reduced to a biological perspective and dealt with as individual matters. Being strongly based on a biomedical model, Agita São Paulo treats sedentarism as illness and physical activity as vaccine, medicalizing daily life. Besides, the program establishes a power-over relationship with target audience, revealing itself as an authoritarian and conservative program. Agita São Paulo is based on a functionalist notion of society and despite the fact that it lies under the shadow of the "New Health Promotion", it is deeply rooted in a comportamentalist perspective. The conclusion is that if Health Promotion can inspire social change, Agita São Paulo cannot be mentioned much less sponsored by Health Promotion. On the other hand, if Agita São Paulo is seen as a Health Promotion initiative, then Health Promotion cannot be seen as an alternative aimed at transforming the health conditions of the Brazilian population.

Key words: exercise; public policies; risk; medicalization; empowerment.

Sumário

Introdução	1
Capítulo I: Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança.....	5
Primeiros Passos	5
A Emergência de um Ideário	17
O Contexto Socioeconômico	30
A Promoção da Saúde para além da OMS.....	32
Analisando Estratégias de Promoção da Saúde	40
Capítulo II: Três Idéias-Chave da Promoção da Saúde: aportes possíveis	49
Risco	50
Desmedicalização	66
<i>Empowerment</i>	76
Capítulo III: A Promoção da Atividade Física como Ação de Promoção da Saúde ...	90
A OMS e a Promoção da Atividade Física	90
A Institucionalização da Promoção da Saúde no Brasil	98
A Promoção da Atividade Física no Brasil: um breve histórico.....	105
O Movimento ‘Esporte para Todos’	106
O Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte	113
Os Programas ‘Agita São Paulo’ e ‘Agita Brasil’	118
Capítulo IV: Agita São Paulo: que Promoção da Saúde?.....	127
O Método	130
As ‘Marcas’ do Agita São Paulo	136
A Análise das ‘Marcas’ do Agita São Paulo	137
O Filme ‘Agita São Paulo’	138
Considerações Finais	202
Referências Bibliográficas	209
Apêndices.....	233

Lista de Figuras

Figura 1 - Um Modelo de Promoção da Saúde	32
Figura 2 - Componentes do Campo ‘Aprimoramento da Saúde’	34
Figura 3 - Um panorama da Promoção da Saúde	36
Figura 4 - ‘Mapa Estrutural’ das Estratégias de Promoção da Saúde	41
Figura 5 - Abordagens Teóricas em Promoção da Saúde.....	46
Figura 6 - Continuum de perspectivas epistemológicas do risco e sua relação com abordagens de Promoção da Saúde	64
Figura 7 - Tuberculose respiratória: taxa média de mortalidade anual (padronizada para a população de 1901): England and Wales.....	71
Figura 8 - Coqueluche: taxa de mortalidade de crianças menores de 15 anos: England and Wales	71
Figura 9 - (a) logotipo do CELAFISCS; e (b) logotipo do Agita São Paulo	140
Figura 10 - Quadros com o Meiorito praticando atividade física.....	141
Figura 11 - Comparação entre os partidos políticos que governam o Estado de São Paulo e a República Federativa do Brasil desde 1995 e o desenvolvimento dos Programas Agita São Paulo e Agita Brasil, respectivamente.....	149
Figura 12 - (a) Trajetória Profissional de João Yunes; (b) João Yunes, Gro Brundtland e Jacobo Finkelman no lançamento do Dia Mundial da Saúde em São Paulo.....	162
Figura 13 - Meiorito nas versões alegre e com apito.....	169
Figura 14 - (a) Meiorinha; (b) Meiorita; (c) Meiorito com necessidades especiais; (d) Meiorito idoso; (e) Meiorito caubói; (f) Meiorito caminhoneiro; (g) Meioritos pai, mãe, avô, avó, filho e filha; (h) mascote do Agita São José dos Campos.....	171
Figura 15 - (a) Agitol em diferentes embalagens; (b) Mexil e Agitaer; e (c) Movitol.....	172
Figura 16 - Agitol apresentado como vacina em (a) sua embalagem e em (b) folderes ..	175
Figura 17 - Estrutura do Programa Agita São Paulo	181
Figura 18 - Benefícios da Atividade Física, segundo o Agita São Paulo.....	186
Figura 19 - Um Modelo Ecológico de Influências na Atividade Física	192
Figura 20 - Versão ‘Móbile’ do Modelo Ecológico proposto pelo Agita São Paulo	193
Figura 21 - Comprimidos de Mexil, medicamento similar do Agitol	195
Figura 22 - O Agita São Paulo segundo o ‘Mapa Estrutural das Estratégias de Promoção da Saúde’	204
Figura 23 - O Agita São Paulo segundo o ‘Mapa de Abordagens Teóricas em Promoção da Saúde’	205

Lista de Quadros

- Quadro 1** - Equivalência entre os termos ‘fórmula’ e ‘receita’, ‘problemas’ e ‘mortes’ no contexto do filme ‘Agita São Paulo’ **164**
- Quadro 2** - Conselhos do Agita São Paulo para a Adesão à Prática da Atividade Física de acordo com os Estágios do Modelo Transteórico Adaptado **179**

Introdução

Em 1991, fui apresentado à Promoção da Saúde por Alfredo Gomes de Faria Junior, meu orientador no mestrado em Educação Física na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e, a meu ver, maior responsável pela introdução da Promoção da Saúde no âmbito da Educação Física brasileira. Naquela época, pouco se discutia e publicava no Brasil sobre Promoção da Saúde, situação que só se alteraria no final da década de 90. A biblioteca da ENSP era um dos poucos lugares onde se encontravam publicações sobre o assunto, ainda que poucas. Na época, eu via a Promoção da Saúde como uma estratégia capaz de subsidiar mudanças importantes no campo da saúde. Essa visão foi influenciada tanto pela perspectiva crítica que meu orientador de mestrado imprimia à Promoção da Saúde como pela minha pouca maturidade acadêmica, que limitava minha capacidade de refletir criticamente sobre as poucas obras às quais tive acesso na época.

O tempo passou. Fui trabalhar na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), onde lecionei Didática e Prática de Ensino de Educação Física. Entusiasmado com as discussões sobre Promoção da Saúde desenvolvidas na dissertação, incluí algumas delas nas disciplinas que ministrava. Entretanto, as demandas que me eram feitas pelo Departamento de Teoria e Planejamento do Ensino do Instituto de Educação, ao qual estava vinculado, foram, aos poucos, me afastando do ideário da Promoção da Saúde.

Em 1996, ingressei como professor assistente na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), assumindo as disciplinas de Atletismo e Metodologia do Ensino do Atletismo. Assim como fiz na UFRRJ, incluí nessas disciplinas algumas discussões sobre Promoção da Saúde, procurando focar a Educação Física escolar. Até publiquei alguns artigos – frutos ainda da dissertação – sobre a relação de compromisso da Educação Física e do Atletismo com a Promoção da Saúde, mas, confesso, sem novas leituras sobre essa última.

Em 2004, surgiu a idéia de um livro, que só foi publicado em 2006, reunindo reflexões sobre Promoção da Saúde tanto minhas como as que Paulo Farinatti, amigo e colega na UERJ, acumulara em seu doutorado na Universidade de Bruxelas. No livro, a partir da definição de alguns aspectos conceituais relacionados às noções de saúde e de Promoção da Saúde, são apresentados textos produzidos entre 1990 e 2000, nos quais os conceitos desenvolvidos são aplicados à Educação Física escolar e à problemática do envelhecimento.

Foi também em 2004 que entrei na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), decidido a estudar a influência dos diferentes espaços públicos na adesão à atividade física. Com o tempo, porém, percebi que me afastava daquilo que me movia verdadeiramente: o pensamento crítico e o desejo de contribuir, ainda que modestamente, para a transformação das condições de saúde no Brasil, tomando como veículos a Educação Física, suas práticas corporais e a Promoção da Saúde. Retornava, assim, ao tema que abraçara no mestrado. Revendo meu primeiro projeto, percebi a presença marcante do Agita São Paulo, programa que conhecia desde 2000, quando comecei a participar dos simpósios promovidos pelo CELAFISCS. Aliás, minhas participações nesses simpósios haviam me rendido quantidade razoável de material sobre o Agita São Paulo e, por conseguinte, algumas reflexões. Decidi enriquecê-las com a leitura de artigos mais recentes sobre o programa, e qual não foi minha surpresa ao constatar que o Agita São Paulo vinha sendo citado como uma iniciativa exemplar de Promoção da Saúde. Minha primeira reação foi recusar tal associação. Embora ela fosse estabelecida por vários pesquisadores, profissionais, instituições e organismos nacionais e internacionais, além de divulgada em livros, artigos e pela mídia em geral, me soava estranha. O caráter transformador que eu atribuía à Promoção da Saúde não casava com o que conhecia do Agita São Paulo. Não me restava outra saída senão tentar entender melhor tudo isso. Nascia, assim, meu segundo e definitivo projeto de doutorado, que agora apresento na forma de tese.

Neste trabalho, meu objetivo maior é investigar a relação de compromisso do Agita São Paulo com a Promoção da Saúde, analisando sua base teórica, estratégias e discursos. Mais especificamente, busco entender **(a)** como e desde quando se estabelece a associação entre o Agita São Paulo e a Promoção da Saúde; **(b)** até que ponto o Agita São Paulo se fundamenta no ideário da Promoção da Saúde; e **(c)** em que abordagem(ns) de Promoção da Saúde se enquadra o Agita São Paulo.

Ora, tais objetivos não podem ser cumpridos sem uma reflexão mais aprofundada sobre a Promoção da Saúde. Assim sendo, debruço-me sobre os principais documentos históricos da Promoção da Saúde para entender melhor sua emergência como ideário e sua conformação em diferentes abordagens, tanto no âmbito acadêmico como no institucional. No que se refere a esse último, priorizo o papel desempenhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na consolidação e na difusão da Promoção da Saúde como 'doutrina' norteadora de políticas de saúde em todo o mundo. Tomando por base o contexto socioeconômico e duas ferramentas de análise (Beattie, 1991; Caplan, 1993), busco desvelar conceitos e ideologias que podem subjazer às diferentes

abordagens de Promoção da Saúde e o potencial de cada uma delas para a transformação da realidade sanitária brasileira. É disso que trato no capítulo I.

A existência de diferentes abordagens de Promoção da Saúde impõe-lhe certa ambigüidade, o que tende a colocá-la entre o conservadorismo e a mudança social. Para entender melhor essa questão, discuto, no capítulo II, como essa ambigüidade se manifesta em três idéias-chave da Promoção da Saúde: risco, desmedicalização e *empowerment*. Além de centrais e recorrentes no discurso da Promoção da Saúde, essas idéias são importantes para a compreensão de iniciativas de promoção da atividade física.

Considerada como importante ação de saúde pública, a promoção da atividade física vem sendo tomada como uma iniciativa de Promoção da Saúde. Assim, a OMS, mais importante entidade difusora da Promoção da Saúde no mundo, vem instando seus Estados-membros, sobretudo a partir de 1997 quando lançou a ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’, a desenvolver ações de promoção da atividade física e a institucionalizá-las na forma de políticas públicas. Trato dessas questões no capítulo III, quando discuto os documentos produzidos pela OMS sobre a promoção da atividade física e examino o processo de institucionalização da Promoção da Saúde no Brasil. A ambigüidade identificada em ambos os casos denota a maleabilidade desse ideário a diferentes projetos de sociedade e alerta para a importância de se estar atento às iniciativas brasileiras de promoção da atividade física que vêm sendo rotuladas como de Promoção da Saúde.

De todas essas iniciativas, destaca-se o Agita São Paulo, programa de maior repercussão nacional e internacional, reconhecido pela OMS como integrante da ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’. Por esse motivo, no capítulo IV, analiso a base teórica, as estratégias e os discursos desse programa, valendo-me, para isso, do método indiciário (Ginzburg, 1989) e da operacionalização proposta por Greimas (Cardoso, 1997) derivada da semiótica. Por meio dessas ferramentas analíticas, busco desvelar estruturas narrativas e essências não explicitadas do Agita São Paulo, sobretudo com base em pormenores reveladores e em detalhes aparentemente negligenciáveis. Para isso, tomo como eixo central de análise o filme institucional do Agita São Paulo. Porém, fiel ao método indiciário, incluo na análise todo e qualquer documento produzido pelo programa ou por seus principais atores, desde que necessários à explicitação das ‘marcas’ (‘fios’) e de sua ordenação num todo coerente (‘tapete’). Ou seja, a configuração final do ‘tapete’ depende dos ‘fios’ usados para confeccionar sua trama. Outros ‘conhecedores’, valendo-se de outros métodos, certamente trariam à tona outros

fios, outros sinais, outros tapetes, outras leituras¹. O que apresento, portanto, é apenas uma entre outras leituras possíveis, resultado de um processo que me permitiu conhecer o Agita São Paulo mais a fundo e mudar minha forma de ver a Promoção da Saúde. Por ora, é o que cabe dizer. Mais que isso, só mesmo se aventurando nas páginas seguintes.

¹ Fraga (2006), em sua tese de doutorado, também tomou como objeto de estudo o programa Agita São Paulo. Isso, que em um primeiro momento chegou a me desestimular, acabou me desafiando a buscar ferramentas que possibilitassem outras leituras das marcas deixadas pelo Agita São Paulo. É verdade que cheguei a algumas conclusões semelhantes às de Fraga (2006), uma vez que ambos olhamos criticamente para o mesmo objeto. Porém, é importante destacar que ele analisou o discurso da vida ativa disseminado pelo Agita São Paulo com base na perspectiva pós-estruturalista, mais especificamente na genealogia foucaultiana, enquanto eu lancei sobre o Agita São Paulo um olhar perspectivado pela Promoção da Saúde e calibrado pela abordagem indiciária/semiótica.

Capítulo I

Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança

Quem nunca ouviu falar em ‘promoção da saúde’, seja em propagandas de seguros e planos privados de saúde, em campanhas publicitárias de categorias profissionais ou mesmo em publicações científicas (Guedes, Guedes, 1995; 1994; 1993a; 1993b; 1992)? A versatilidade com que essa expressão vem sendo empregada no cotidiano se expressa na variedade de significados a ela atribuídos. De fato, ‘promoção da saúde’ ora é vista como resultado imediato de campanhas midiáticas, de ações pontuais em prol da melhoria da saúde de indivíduos e mesmo da adoção de certos comportamentos, como a prática de atividades físicas. No meio acadêmico a lógica não é diferente. Nesse caso, ainda que a Promoção da Saúde² seja usualmente vista como um ideário, que vem sendo adotado há algum tempo como marco de referência para políticas e ações no campo da saúde, seus conteúdos e abordagens variam consideravelmente. Vejamos, então, como isso se dá à medida que a Promoção da Saúde nasce e se consolida como uma das referências para o campo³ da saúde.

Primeiros Passos

Se hoje a Promoção da Saúde é uma das referências para o campo da saúde, talvez a mais marcante, essa condição não foi alcançada repentinamente. Suas idéias foram se consolidando à medida que se avolumavam discussões sobre a saúde e surgiam inquietações acerca do papel da saúde pública e do engajamento de diferentes profissionais nesse movimento. Em 1920, Charles-Edward Amory Winslow (1877-1957), bacteriologista, chefe do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Yale (1915-1945) e editor das revistas *American Journal of Bacteriology* e *American Journal of Public Health*, apontava a amplidão do campo da saúde pública que se descortinava à época e o quanto havia por se fazer nele e por meio dele.

² Como a expressão ‘promoção da saúde’ é bastante comum, a partir daqui passo a diferenciar seu uso mais trivial do acadêmico, grafando-a com iniciais maiúsculas.

³ Adoto aqui a noção de ‘campo’ de saberes proposta por Campos (2000): “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p.220). Um campo comportaria núcleos que, por sua vez, demarcariam a identidade de uma área de saber e de prática profissional, sem, entretanto, romper com a dinâmica do campo. Assim sendo, núcleo e campo seriam “mutantes e se inter-influenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro” (p.221).

Até 1920, após uma primeira fase marcada pelo saneamento e higiene do ambiente físico; uma segunda fase, eminentemente bacteriológica, caracterizada pela contenção de infecções nas populações; e uma terceira fase, evidenciada pelo controle de doenças não transmissíveis, o movimento da saúde pública, afirma Winslow (1920), passou a focar a adoção de hábitos higiênicos individuais para, em conjunto com as ações características das demais fases, garantir a saúde das populações. Winslow (1920) defendia que essa tarefa fosse realizada por diferentes expertos (ainda que enfatizasse o papel dos médicos) e que o ambiente fosse considerado numa perspectiva mais ampla, não apenas em sua dimensão física. Segundo ele, a “mais efetiva arma disponível [contra doenças] é a construção da resistência vital geral, que depende da manutenção de um nível sócio-econômico satisfatório”. Embora a educação e os serviços médicos possam contribuir, continua, eles “não podem enfrentar com sucesso os perversos efeitos de padrões de vida baixos demais para permitir a manutenção da saúde física normal”⁴ (p.29). Além disso, Winslow acreditava fortemente na ciência como forma de levar o movimento da saúde pública a alcançar seus objetivos. Ele reconhecia a existência de “grandes problemas não resolvidos aguardando os Pasteurs do futuro. Gripe, pneumonia, câncer e demais pestes incontroladas [que] um dia render-se-iam ao ataque paciente da ciência” (Winslow, 1920, p.32).

O que quero sublinhar aqui é o fato de um bacteriologista, no início do século XX, apontar a necessidade de se conjugarem ações nas esferas biológica, ambiental, econômica e social para a melhoria da saúde dos povos. Seu entendimento de saúde pública, portanto, não podia ser nada menos que

“a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e a eficiência, através de esforços comunitários organizados para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização dos serviços médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença, e o desenvolvimento da maquinaria social para assegurar a cada membro da comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde” (Winslow, 1920, p.30).

Diferentemente do que sugere Buss (2003), o termo Promoção da Saúde não parece ter sido usado pela primeira vez por Winslow (1920). É inegável, contudo, que seu entendimento de saúde pública contém, assim como muitas de suas idéias, elementos de abordagens mais recentes de Promoção da Saúde, que invocam a noção de ambiente total e a idéia de saúde como uma questão pedagógica e multiprofissional.

⁴ Neste trabalho, todas as traduções foram feitas por mim.

Apesar disso, ao refletir e fazer prospecções sobre o movimento da saúde pública, Winslow (1920) adota o ponto de vista da medicina, dedicando-lhe certa posição de destaque. É como se a ela funções e papéis fossem paulatinamente acrescidos.

Talvez por isso, em 1946, o termo Promoção da Saúde tenha aparecido pela primeira vez em textos científicos a reboque da medicina. Segundo Terris (1992), foi Henry Sigerist (1891-1957) quem inaugurou o uso do termo. Então professor da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins e um dos pioneiros no estudo da História Social da Medicina, ele se referia à Promoção da Saúde como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, ao lado da prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação. Embora eu não tenha tido acesso à obra de Sigerist, pelas palavras de Terris (1992) é possível identificar que, assim como Winslow (1920), sua idéia de promover saúde se ancora na medicina. Da mesma forma, ele reconhece que a saúde também é promovida “proporcionando-se padrões decentes de vida, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de repouso e recreação” (Sigerist *apud* Terris, 1992, p.268).

A partir daí, a idéia de Promoção da Saúde foi se propagando na literatura científica, mas com distintos significados. Com base em levantamento feito no *PubMed*⁵, é possível afirmar que, desde 1950, vêm sendo publicados artigos sobre o assunto em vários países, porém tratando de diferentes cenários e de questões afeitas a diversas profissões (Balfour, 1950; Von Haller, 1951; Drechsler, 1951; Husmark, 1955; Beard, 1959; Woolf, 1961; Sister Mary Hubert, 1961; Gatmaitan, 1966; Broadfoot, 1968). Pode-se dizer que esses trabalhos, de uma forma ou de outra, manifestavam a preocupação com questões ligadas à prevenção de doenças. Ainda que tenha sido abordada nesses artigos a partir de diferentes perspectivas e compreensões, o fato é que, aos poucos, a idéia de Promoção da Saúde foi ocupando o cenário acadêmico da saúde pública.

O Informe Lalonde e o Relatório ‘*Healthy People 1979*’

Em 1974, porém, o termo Promoção da Saúde aparece pela primeira vez como conceito (MacDonald, Bunton, 1995) e estratégia em um documento oficial (Rootman *et al.*, 2001; Draper, 1995 *apud* Buss, 2003). Trata-se do documento originalmente intitulado ‘Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses’, mas que ficou

⁵ Base de dados bibliográficos, produzida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA), que reúne cerca de 14 milhões de artigos da área biomédica, cadastrados a partir de 1950.

popularmente conhecido como Informe Lalonde, em alusão ao então ministro da saúde daquele país, Marc Lalonde.

A grande contribuição do Informe Lalonde foi a divulgação de um novo conceito de ‘campo da saúde’, formulado, na verdade, por Laframboise (1973). Embora à época ocupasse cargo de diretor no Departamento de Saúde e Bem-Estar do Canadá, Laframboise inicia seu artigo afirmando que nele estavam expressas idéias suas e não necessariamente as do Ministério. Embora aceite que uma idéia vale mais que seu autor, que dele se desprende quando ganha vida própria, julgo oportuno registrar que é de Laframboise (1973) a autoria do novo conceito de ‘campo da saúde’, algo que, curiosamente, não vem sendo apontado por estudiosos do assunto (Buss, 2003; Sícóli, Nascimento, 2003; MacDonald, 1998; Epp, 1996; MacDonald, Bunton, 1995; Terris, 1992), embora o seja no próprio Informe Lalonde, pelo próprio Marc Lalonde (Lalonde, 2002) e em publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Health Canada, 2000). A Marc Lalonde deve-se creditar a responsabilidade política pela adoção e divulgação do conceito de ‘campo da saúde’ como referência para a reforma do sistema de saúde canadense; a Laframboise, o mérito intelectual.

Esse novo conceito de ‘campo da saúde’ foi, então, adotado e amplamente disseminado pelo Informe Lalonde em oposição à sua perspectiva tradicional, intimamente associada à medicina, vista como fonte de todos os avanços na saúde. Sob essa perspectiva, o campo da saúde era encarado como sinônimo de sistema de assistência médica pessoal, o que contribuía para que se associasse o nível de saúde à qualidade da medicina e, portanto, que se concentrassem os gastos nessa área. De fato, os altos e crescentes gastos destinados à cura de doenças, característicos de um sistema de saúde hospitalocentrista, eram a preocupação central do Informe Lalonde. Com base no novo conceito de ‘campo da saúde’, o documento apontava a necessidade de se analisar de modo mais abrangente as causas e os fatores predisponentes de doenças e problemas de saúde pública, o que ajudaria a delinear ações e estratégias que extrapolassem o sistema de saúde:

“Até agora, a maior parte dos esforços da sociedade para melhorar a saúde e dos gastos diretos com saúde tem se concentrado na ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Porém, ao identificar as principais causas de morbidade e mortalidade atualmente no Canadá, descobrimos que elas têm raízes nos outros três elementos conceituais: BIOLOGIA HUMANA, MEIO AMBIENTE E ESTILO DE VIDA. É evidente, portanto, que vastas somas têm sido gastas no tratamento de doenças que poderiam ter sido evitadas. É necessário dar maior atenção [a

esses] três elementos conceituais se quisermos reduzir a incidência de invalidez e morte prematura” (Lalonde, 1974, p.32).

Assim, um dos desdobramentos do novo conceito de ‘campo da saúde’, apresentado como poderosa ferramenta de análise dos problemas de saúde da população canadense, foi a elevação dos elementos *biologia humana*, *meio ambiente* e *estilo de vida* ao mesmo nível de importância do *sistema de saúde* propriamente dito⁶.

A aplicação desse novo conceito de ‘campo da saúde’ significava que as respostas aos problemas de saúde passavam a ser buscadas no conjunto dos quatro elementos constitutivos do campo. As mortes por acidentes de trânsito foram um desses problemas exemplificados no Informe Lalonde. A constatação de que o estilo de vida, o meio ambiente e o sistema de saúde à época contribuíam, respectivamente, com 75%, 20% e 5% das mortes por acidentes de trânsito no Canadá foi apontada como dado fundamental para regular a alocação de recursos e a elaboração de medidas preventivas que refletissem adequadamente o peso de cada fator para o problema em questão. Esse tipo de análise, que pode ser adotado para outros problemas de saúde, encerra, a rigor, o conceito de risco epidemiológico. Sob essa ótica, a ocorrência de determinados eventos, e sua associação a tantos outros, é projetada para o futuro como uma medida de probabilidade. Se em 75% das mortes por acidentes de trânsito ocorreu algum tipo de falha humana (e uma vez que se acredita na probabilidade de essa proporção se repetir no futuro), então mudanças de comportamento (estilos de vida) passam a ser priorizadas

⁶ No Informe Lalonde, esses quatro elementos do ‘campo da saúde’ foram assim conceituados: “BIOLOGIA HUMANA inclui todos os aspectos da saúde, tanto física quanto mental, que são desenvolvidos dentro do corpo humano em consequência da biologia humana básica e da constituição orgânica do indivíduo. Este elemento inclui a herança genética do indivíduo, os processos de amadurecimento e envelhecimento, e os muitos sistemas internos complexos do corpo, tais como os sistemas esquelético, nervoso, muscular, cardiovascular, endócrino, digestivo, e assim por diante” (Lalonde, 1974, p.31). [...] “A categoria MEIO AMBIENTE inclui todos os aspectos relacionados com a saúde que sejam externos ao corpo humano e sobre os quais o indivíduo tenha pouco ou nenhum controle. Os indivíduos não podem assegurar sozinhos que alimentos, remédios, cosméticos, aparelhos, água, etc. sejam seguros e não-contaminados, que as ameaças do ar, da água e da poluição sonora à saúde estejam controladas, que a disseminação de doenças contagiosas seja evitada, que o lixo e o esgoto sejam manejados de maneira efetiva, e que o meio ambiente social, inclusive as rápidas mudanças que sofre, não tenham efeitos nocivos para a saúde [...]. A categoria ESTILO DE VIDA [...] consiste no conjunto de decisões que, tomadas por indivíduos, afetam sua saúde, e sobre as quais eles mais ou menos têm controle. [...] Decisões e hábitos pessoais que são ruins do ponto de vista da saúde criam riscos auto-impostos. Quando esses riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima tenha contribuído ou tenha causado sua própria doença ou morte. [...] O SISTEMA DE SAÚDE propriamente dito consiste na quantidade, qualidade, organização, natureza e relacionamento entre pessoas e recursos na provisão de serviços de saúde, [que incluem] prática médica, enfermagem, hospitais, casas de repouso, medicamentos, serviços públicos e comunitários de saúde, ambulâncias, tratamento dentário e outros serviços de saúde tais como optometria, quiroprática e quiropedia” (Lalonde, 1974, p.32).

como medida para a redução daquelas mortes. À noção de risco epidemiológico, portanto, subjaz o conceito do novo ‘campo da saúde’.

Entre os elementos constituintes do ‘campo da saúde’, meio ambiente e estilo de vida parecem ser evidenciados no Informe Lalonde (Restrepo, 2002a). Quando analisadas as principais causas de morte no Canadá, em 1971, afirma-se no documento que

“os riscos auto-impostos e o meio ambiente são os fatores principais ou pelo menos importantes entre as cinco maiores causas de morte de 1 a 70 anos de idade; [assim] só se pode concluir que, **a menos que o meio ambiente seja modificado e que os riscos auto-impostos sejam diminuídos** [grifos meus], as taxas de morte não serão significativamente reduzidas” (Lalonde, 1974, p.15).

Vale destacar, porém, que no Informe Lalonde a noção de risco é muito mais fortemente associada à categoria estilo de vida do que à de meio ambiente. A meu ver, essa associação confere à categoria estilo de vida certa supremacia, que fica ainda mais nítida quando, mais adiante, vem à baila a discussão acerca de sua relação com o meio ambiente⁷. No Informe, sustenta-se que escolhas pessoais são ditadas por fatores ambientais e que alguns hábitos, de tão arraigados (a ponto de se constituírem adições), não podem ser alterados por simples atos de vontade. No entanto,

“[o] fato de haver verdade em ambas as hipóteses, ou seja, que o meio ambiente afeta o estilo de vida e alguns hábitos pessoais são aditivos, requer uma resposta filosófica e moral, e não apenas intelectual. Essa resposta é: se simplesmente desistirmos dos indivíduos cujos estilos de vida criam riscos excessivos à sua saúde, estaremos abandonando um número de pessoas que poderia ter sido alterado, e estaremos perpetuando o próprio ambiente que os influenciou adversamente, em primeiro lugar. Em resumo, a visão determinista deve ser deixada de lado, em favor do poder do livre arbítrio, ainda que esse poder possa por vezes ser prejudicado pelo ambiente e pela adição [grifos meus]” (Lalonde, 1974, p.36).

Como poderia se esperar, objeções foram feitas ao Informe Lalonde, à excessiva responsabilização do indivíduo por sua saúde (MacDonald, 1998; Buck, 1996) e, principalmente, às suas débeis recomendações para a melhoria do ambiente. Para Buck (1996), as soluções para os problemas de saúde recaem muito mais no ambiente do que nos demais elementos do ‘campo da saúde’ e, portanto, é necessário enfrentar as questões ambientais mais gerais que moldam as escolhas dos indivíduos, mas que estão

⁷ Aqui, a idéia de meio ambiente é tomada no sentido lato, uma vez que a pressão exercida por colegas é citada no Informe como um fator ambiental que concorre, por exemplo, para o hábito de fumar.

além do seu controle. Essa autora é ainda mais veemente na crítica à supremacia dos estilos de vida em relação aos condicionantes ambientais quando afirma que o Informe Lalonde é um documento de cunho eminentemente político, cujo autor foi ministro no governo canadense e que, portanto, ainda que expresse a preocupação com todos os aspectos da saúde, dá ênfase a recomendações que não podem envolver o governo em dificuldades financeiras. Segundo Buck (1996), a ampla aclamação do Informe Lalonde em várias partes do mundo reflete o predomínio generalizado de uma má vontade em enfrentar toda a gama de obstáculos à saúde.

O fato é que a ênfase do Informe Lalonde nos estilos de vida e fatores de risco influenciou, a meu ver, o modo de se encarar a Promoção da Saúde no momento em que essa idéia surgia mais consistentemente no cenário acadêmico. No Informe Lalonde, a expressão Promoção da Saúde é mencionada quatro vezes, a primeira delas no nono capítulo intitulado 'Ciência *versus* Promoção da Saúde'. O texto se inicia com o argumento de que o caráter cético e investigativo da ciência, "repleta de 'se', 'mas' e 'talvez'", é um problema para a Promoção da Saúde, uma vez que "mensagens dirigidas a influenciar o público devem ser estrondosas, claras e inequívocas" (Lalonde, 1974, p.57). Embora o título do capítulo e essa afirmação inicial possam sugerir uma oposição entre ciência e Promoção da Saúde, não é o que é advogado no documento. Ao mesmo tempo em que se aponta a necessidade de se realizarem pesquisas para melhorar as condições de saúde dos canadenses, argumenta-se que seus problemas de saúde são suficientemente prementes que permitam aguardar evidências científicas para balizar ações em prol da saúde.

"No tempo devido, a validade [de muitas] hipóteses [...] provavelmente será decidida cientificamente, relações de causa-efeito precisas serão determinadas e medidas, e o significado exato de cada fator será determinado.

Enquanto isso, defrontamo-nos com problemas de saúde importantes e temos que dar continuidade a programas baseados em preceitos [...]. O 'sim, mas' científico é essencial para a pesquisa, mas quando se trata de modificar o comportamento da população, às vezes produz um 'ruído incerto' que é toda a desculpa desejada por muitos para cultivar e tolerar um meio ambiente e um estilo de vida prejudicial à saúde" (Lalonde, 1974, p.58).

A intenção aqui não é enveredar por uma discussão epistemológica acerca da Promoção da Saúde, mas sublinhar que essa expressão aparece no Informe Lalonde muito associada à idéia de mudança de estilos de vida; algo, por sinal, já assinalado por Terris (1992). Mais adiante no documento, essa associação se torna ainda mais robusta.

No capítulo doze, a Promoção da Saúde é apresentada como uma das estratégias para a melhoria da saúde da população canadense, “destinada a informar, influenciar e assistir tanto a indivíduos como a instituições **para que aceitem mais responsabilidade e sejam mais ativos em questões que afetam a saúde física e mental** [grifo meu]” (Lalonde, 1974, p.66). Para o cumprimento desse papel, são apontadas vinte e três ações para a Promoção da Saúde, substancialmente relacionadas a alterações nos estilos de vida (Terris, 1992). Entre essas, vale destacar, doze estão voltadas direta ou indiretamente para a melhoria da condição física da população, mediante a prática de esportes e atividades físico-recreativas.

Essa nítida ênfase na mudança dos estilos de vida e no indivíduo como senhor de sua saúde foi reiterada pelo próprio Marc Lalonde, três anos depois, quando apontou a Promoção da Saúde como estratégia mais efetiva para a redução dos custos da saúde (Lalonde, 1977), revelando o contexto economicista em que foi forjada. Em seu artigo, Lalonde (1977) conceitua Promoção da Saúde como

“um processo que objetiva ampliar o entendimento e influenciar as atitudes, tanto dos indivíduos, como da sociedade em geral, tendo em vista o alcance e a manutenção de níveis ótimos de saúde e bem estar social. A intenção do governo federal de enfatizar a promoção da saúde foi sinalizada [no Informe Lalonde], no qual aparecem como os dois maiores objetivos a melhoria do ambiente social e físico e a modificação de certos hábitos de vida que influenciam os níveis de saúde e aptidão. A promoção da saúde é, então, responsabilidade de muitos. É baseada no fato de que **indivíduos informados, conscientes das conseqüências de suas ações**, podem iniciar a mudança social [grifo meu]” (Lalonde, 1977, p.1045).

Repete-se, assim, a lógica do Informe Lalonde: ao mesmo tempo em que se remetem os problemas de saúde aos quatro elementos do ‘campo da saúde’ (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e sistema de saúde propriamente dito), priorizam-se as mudanças comportamentais individuais. Se ainda paira alguma dúvida quanto ao papel exercido pelo Informe Lalonde na vinculação da Promoção da Saúde a mudanças de estilos de vida, ela se dissipa na última e impactante frase do artigo de Marc Lalonde: “mudando instituições e criando novos programas podemos fazer com que os cuidados médicos sejam mais acessíveis e eficientes; mas **o maior potencial para a melhoria da saúde repousa naquilo que fazemos e não fazemos para nós mesmos. A escolha é nossa** [grifo meu]” (Lalonde, 1977, p.1045).

Outra referência à Promoção da Saúde que merece destaque foi feita no Relatório publicado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar do governo

dos EUA, intitulado '*Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*', que ficou conhecido como Relatório '*Healthy People 1979*' (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979). Terris (1992) aponta esse documento como fonte de confusão entre as noções de Promoção da Saúde e de prevenção de doenças. Para ele, a separação dessas duas expressões, a definição da Promoção da Saúde em termos de mudança de estilo de vida e a de prevenção como proteção de ameaças ambientais à saúde motivou múltiplas interpretações para o papel da Promoção da Saúde.

Sem dúvida, esse documento trouxe mais confusão à obscura arena da Promoção da Saúde ao separá-la da prevenção de doenças (já em seu título!) e associá-la a mudanças no estilo de vida, principalmente numa época em que a expressão ainda prenunciava um ideário em formação. Até aí concordo com Terris (1992) – embora ressalte que a associação da Promoção da Saúde a mudanças de estilos de vida não era algo novo, pois reforçava a perspectiva a ela conferida no Informe Lalonde. Discordo, porém, de sua compreensão de prevenção como proteção de ameaças ambientais à saúde. Entendo que o documento abarca vários outros elementos que ampliam a complexidade da questão, o que demanda uma análise mais detalhada a fim de se compreender melhor sua influência no desenvolvimento da atual concepção de Promoção da Saúde.

Inicialmente, é importante assinalar as afinidades entre o Informe Lalonde e o Relatório '*Healthy People 1979*'. À semelhança do Informe Lalonde e de seu conceito de 'campo da saúde', a idéia de risco epidemiológico e de estilo de vida como hipótese explicativa para a causa das doenças não-transmissíveis também estão presentes nesse documento. De fato, no '*Healthy People 1979*' afirma-se que especialistas norte-americanos desenvolveram, com base no conceito de 'campo da saúde', uma metodologia para estimar a contribuição relativa de cada um de seus quatro elementos para os dez principais problemas de saúde dos EUA, chegando à conclusão de que, em 1976, "talvez a metade da mortalidade [...] tenha sido devida a comportamentos ou estilos de vida não-saudáveis; 20% a fatores ambientais; 20% a fatores relacionados à biologia humana; e apenas 10% a inadequações no sistema de saúde" (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.1.9). Assim, as autoridades norte-americanas em saúde pública alinhavam-se às canadenses ao reconhecer a necessidade de se reexaminarem as prioridades dos gastos em saúde de seu país:

“[E]stá claro que a melhoria do *status* de saúde de nossos cidadãos não será obtida predominantemente por meio do tratamento da doença, mas sim por meio de sua prevenção. Isso está reconhecido no crescente consenso a respeito da necessidade e do valor da prevenção de doenças e da promoção da saúde” (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.1.10).

Na segunda seção do ‘*Healthy People 1979*’, são apresentados cinco objetivos nacionais (com vistas à superação dos dez maiores problemas de saúde dos EUA), a serem alcançados por meio de quinze ações, agrupadas, por sua vez, em três capítulos. O primeiro deles (Capítulo 8), intitulado ‘Serviços de Saúde Preventiva’, trata de serviços preventivos prestados por profissionais da saúde. No Capítulo 9, intitulado ‘Proteção à Saúde’, são discutidas medidas que podem ser utilizadas pelo governo e outras agências, bem como pela indústria, para proteger as pessoas de danos ambientais. E o terceiro (Capítulo 10), intitulado ‘Promoção da Saúde’, aborda prioritariamente atividades de que indivíduos e comunidades podem valer-se para adotar estilos de vida saudáveis.

Por isso não posso concordar com Terris (1992), quando afirma que a prevenção foi definida no ‘*Healthy People 1979*’ como proteção de ameaças ambientais à saúde, como assinalado anteriormente. Tal como no Informe Lalonde, prevenção é a idéia que orienta todo o ‘*Healthy People 1979*’: “[u]m objetivo importante desse relatório é aprimorar as perspectivas individual e nacional sobre a prevenção por meio da identificação de prioridades e definição de metas mensuráveis” (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.1.13). Portanto, associá-la a ações eminentemente ambientais é, a meu ver, um esquematismo que não condiz com a intenção subjacente ao relatório em pauta. O que definitivamente marca o relatório ‘*Healthy People 1979*’ e o diferencia do Informe Lalonde é a nítida separação que estabelece entre prevenção de doenças e Promoção da Saúde, isso sim, motivo de confusão para a compreensão da idéia de Promoção da Saúde que começava a se forjar:

“[a] assistência médica começa com o doente e visa mantê-lo vivo, fazê-lo sentir-se bem, ou minimizar sua incapacidade.

A prevenção de doenças começa com uma ameaça à saúde – uma doença ou um risco ambiental – e visa proteger tantas pessoas quanto possível das conseqüências nocivas dessas ameaças.

A promoção da saúde começa com pessoas basicamente saudáveis e visa o desenvolvimento de medidas comunitárias e individuais que possam ajudá-las a desenvolver estilos de vida que possam manter e melhorar o estado de bem-estar.

Claramente, as três idéias são complementares e qualquer estratégia nacional de saúde, para ser efetiva, deve abranger e dar a devida ênfase a todas elas” (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.10.1).

Apesar de tratadas separadamente, as noções de prevenção de doenças e de Promoção da Saúde têm em comum no relatório *‘Healthy People 1979’* a ênfase nos fatores de risco como forma de se lidar com os problemas de saúde: “[é] a capacidade de controlar muitos riscos – e freqüentemente a importância de controlar até mesmo apenas alguns desses riscos – que constitui o cerne da prevenção de doenças e da promoção da saúde” (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.2.1). Além disso, não é demais lembrar que a idéia de risco epidemiológico é presença marcante em ambos os relatórios.

Todas essas considerações me levam a uma conclusão: a Promoção da Saúde, em seus primórdios, vincula-se fortemente às noções de estilo de vida (portanto, a iniciativas de mudança comportamental) e de risco epidemiológico. Carvalho (2005) reforça meu argumento ao inserir numa corrente comportamentalista a Promoção da Saúde desenvolvida da década de 70 a meados da de 80, por ele chamada de *‘Promoção da Saúde Behaviorista’*. Com efeito, a partir da década de 70, surgem no cenário acadêmico vários modelos teóricos comportamentais, por meio dos quais se pretende compreender [racionalmente] certos comportamentos e, por conseguinte, modificá-los. Muitos desses modelos são usados por programas de Promoção da Saúde, dentre os quais se destacam: o *‘Modelo de Expectativa de Saúde’* (Rosenstock, 1974), o *‘Modelo da Teoria da Ação Racional’* (Ajzen, Madden, 1986), o *‘Modelo da Teoria do Comportamento Planejado’* (Ajzen, 1991), o *‘Modelo Transteórico’* ou *‘Modelo dos Estágios de Mudança’* (Prochaska, DiClemente, 1982) e o *‘Modelo da Teoria de Aprendizagem Social’* (Bandura, 1977).

Embora possa ser visto como iniciativa de oposição ao modelo biomédico, por considerar os determinantes da saúde muito mais amplos do que a soma dos cuidados médicos e hospitalares, o Informe Lalonde, a rigor, representa muito mais a extensão do que a superação daquele modelo (Kelly, Charlton, 1999). É inegável que o conceito de *‘campo da saúde’* expresso no Informe Lalonde retira do médico a primazia na condução de ações e políticas de saúde pública (MacDonald, 1998; Raeburn, 1992). Essa desmedicalização, no entanto, é inócua. Mais que isso, a forte vinculação do Informe Lalonde aos estilos de vida, como estratégia central de redução do risco epidemiológico, representa uma forma ainda mais perversa de medicalização, porque

sub-reptícia. Sob o pretexto de se assumir certa independência em relação ao profissional de medicina, transfere-se ao leigo a responsabilidade pelo domínio do saber médico que, então, se espraia para o cotidiano da vida social, servindo de justificativa para a adoção de comportamentos ditos saudáveis em relação a práticas alimentares, sexuais, de atividade física etc. Assim, ao mesmo tempo em que se evita a ‘medicalização clínica’, incentiva-se outra forma de medicalização: a do ‘cotidiano social’ (Lupton, 1997).

A noção de estilo de vida está no cerne do fenômeno da ‘medicalização do cotidiano’. A conotação de ‘modo pessoal de se realizar algo’ (Instituto Antônio Houaiss, 2001) que encerra o vocábulo ‘estilo’ ajuda a disseminar a idéia de ‘autonomia’ e ‘independência’ na adoção de determinados comportamentos. É claro que decisões, em última análise, são tomadas individualmente. No entanto, desconsiderar o contexto social, cultural, político e econômico em que são tomadas é trilhar o caminho mais curto para a ‘culpabilização da vítima’. Esse fenômeno [do inglês *victim blaming*], que se caracteriza pela responsabilização do indivíduo por suas ações e condição de vida, funda-se na ideologia liberal dominante (Crawford, 1977). No contexto dessa doutrina, noções como autonomia, independência e igualdade de oportunidades integram todo um sistema de crenças sociais que, ao responsabilizar o indivíduo por sua condição de vida, incute-lhe o sentimento de culpa, do qual muitos em postos de poder se aproveitam para tratar individualmente problemas que demandariam abordagens mais coletivas.

A associação entre os fenômenos de medicalização do cotidiano e de culpabilização da vítima culmina no que Crawford (1980) chama de ‘salutarismo’ [*healthism*]. A expressão é usada para criticar a noção de que o indivíduo seria o único responsável por sua saúde e, portanto, por adotar comportamentos considerados ‘não-saudáveis’. Para Crawford (1980), o ‘salutarismo’ é uma das manifestações da ideologia dominante que contribui para proteger a ordem social das análises, das críticas e das reestruturações que poderiam ameaçar aqueles que se aproveitam das benesses dos esquemas de poder vigentes.

Essas são características do que se poderia chamar de perspectiva comportamentalista, que predomina nos primórdios da Promoção da Saúde e tem no Informe Lalonde e no Relatório ‘*Healthy People 1979*’ dois marcos importantes. A meu ver, porém, esses documentos, ainda que tenham sido objeto de amplo debate, não refletiram um acúmulo consistente de discussões sobre idéias e conceitos da Promoção da Saúde que a permitisse, à época, consolidar-se como ideário de referência para ações

e políticas no campo da saúde. Isso só viria a ocorrer a partir de meados da década de 80.

A Emergência de um Ideário

Apontada como um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais (Buss, 2003; Restrepo, 2002a), a ‘I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde’, convocada pela OMS em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, na antiga União Soviética, teve como marca o estabelecimento da atenção primária de saúde como a chave para o alcance da meta ‘Saúde para Todos no Ano 2000’. Dentre os elementos da atenção primária de saúde apontados como essenciais no relatório final da Conferência, destacam-se a educação voltada aos problemas prevalentes de saúde e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e de adequada nutrição; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (WHO, 1978a). Além disso, a Conferência de Alma-Ata reiterou a idéia da saúde como um direito fundamental; condenou as desigualdades em saúde, ressaltando que o desenvolvimento econômico e social é importante para a redução das desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento; afirmou o direito da população de participar das decisões na área da saúde; reconheceu que os governos são responsáveis pela saúde de sua população e que, portanto, devem implementar políticas e ações intersetoriais de atenção básica; e defendeu a otimização no uso dos recursos mundiais em prol da ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, com ênfase nos países em desenvolvimento e por meio da transferência para a área da saúde dos recursos destinados a financiar conflitos militares e a compra de armamentos.

Embora considerada por alguns como o marco mais importante no desenvolvimento das modernas noções de Promoção da Saúde (Tones, 1986), a Conferência de Alma-Ata, a meu ver, nem tanto contribuiu nesse sentido. Mesmo porque a Promoção da Saúde não foi seu foco de atenções. A expressão ‘Promoção da Saúde’ [health promotion], vale dizer, só aparece duas vezes nas 79 páginas do documento final da Conferência (WHO, 1978b), que reúne, além da Declaração de Alma-Ata propriamente dita, o Relatório da Conferência e o Relatório conjunto do Diretor Geral da OMS e do Diretor Executivo do UNICEF sobre desenvolvimento,

estratégias e aspectos operacionais da Atenção Primária em Saúde. Além disso, poder-se-ia argumentar que se mantém, no relatório, certa obscuridade quanto às noções de proteção e Promoção da Saúde. Na introdução do relatório final, por exemplo, se expressa a “necessidade da ação urgente por parte de todos os governos [...] e da comunidade mundial para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo” (WHO, 1978a, p.1). Mais adiante, afirma-se que “a promoção e a proteção da saúde das pessoas é essencial para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (WHO, 1978a, p.1). Ou seja, as ações de proteção e promoção são citadas no Relatório, porém não definidas conceitualmente. Se isso não dificulta o entendimento desses termos, assim como fez o relatório ‘*Healthy People 1979*’ em relação às noções de Promoção da Saúde e prevenção de doenças, desestimula, por outro lado, a citação da Conferência de Alma-Ata como um marco para o desenvolvimento das atuais concepções de Promoção da Saúde.

Por outro lado, embora seja prematuro admitir a existência de um arcabouço consistente de idéias sobre Promoção da Saúde no final da década de 70, concordo com os que afirmam que os preceitos da Conferência de Alma-Ata (Buss, 2000) e do programa ‘Saúde para Todos’ da OMS (Parish, 1999) serviram de suporte para a construção desse arcabouço. Apesar de algumas ambigüidades passíveis de crítica no documento final da Conferência⁸, a saúde como um direito fundamental, a defesa da redução das desigualdades e a vinculação da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos foram idéias defendidas em Alma-Ata que, de certo modo, abriram caminho para que se delineasse uma Promoção da Saúde menos atrelada a mudanças de estilos de vida e à redução do risco epidemiológico.

De fato, diante da magnitude dos problemas de saúde e da distribuição desigual de recursos entre os países, e tendo em vista que a saúde é um direito humano fundamental, a Conferência faz um apelo por uma nova abordagem da saúde que contribua para reduzir as iniquidades, permitindo a todos os cidadãos do mundo levar uma vida social e economicamente produtiva (WHO, 1978b). Coincidência ou não, o fato é que a partir da Conferência, a OMS, ciente das imprecisões e múltiplas interpretações acerca da Promoção da Saúde, muitas delas emanadas dos diferentes

⁸ Por exemplo, ao mesmo tempo em que “a Conferência enfatiza que as estratégias devem ser formuladas e aplicadas com a maior participação possível das comunidades e de todos os níveis e setores do governo” (WHO, 1978b, p.20), a participação comunitária é definida como “o processo por meio do qual indivíduos e famílias assumem responsabilidade por sua própria saúde e bem-estar, bem como de suas comunidades” (id., p.50).

relatórios e documentos, parece tomar para si a tarefa de estruturar, consolidar e divulgar um conjunto de idéias que viria a dar corpo ao que hoje se conhece por Promoção da Saúde. Nesse sentido, é digna de nota a criação, em 1978, de uma Diretoria de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde canadense e, a partir de 1980, o trabalho conjunto desse Ministério com o Escritório da OMS na Europa visando ao desenvolvimento de estudos sobre conceitos e práticas em Promoção da Saúde (Buss, 2003).

Foi um pouco depois disso, no entanto, que, a meu ver, se deu uma das iniciativas mais significativas para o desenvolvimento e consolidação da Promoção da Saúde como ideário. O ‘Centro de Colaboração para Pesquisa em Educação para a Saúde e Promoção da Saúde’ da OMS na Europa promoveu, em 1984, um encontro reunindo doze consultores⁹ com *expertise* em diferentes áreas vinculadas à saúde (administração de saúde, ciência política, medicina, obstetrícia, educação para a saúde e pesquisa social). O principal objetivo do encontro foi estabelecer consensos mínimos em torno de idéias que, tomadas como princípios da Promoção da Saúde, serviriam de ponto de partida para a reflexão e a definição de políticas e estratégias de ação. Ao final, o encontro gerou o documento intitulado ‘Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde’ (WHO, 1984), no qual são explicitados princípios básicos da Promoção da Saúde, além de outros apontamentos fundamentais ao desenvolvimento de políticas públicas. Analisemos mais detalhadamente o conteúdo desse documento.

As ambigüidades no uso do termo Promoção da Saúde, expressas em conceitos que se estendiam da ênfase na saúde positiva à prevenção de riscos de doenças, em diferentes entendimentos de prevenção de doenças e Promoção da Saúde, em seu uso variado, para significar princípio, objetivo, política, perspectiva, movimento e ainda força social, foram exaustivamente debatidas pelos participantes do encontro. Embora algumas diferenças de ênfase, prioridade e redação tenham permanecido, foi possível chegar a um consenso mínimo em torno de cinco princípios que, mesmo formulados em termos gerais, foram considerados um bom ponto de partida para a estruturação do ideário da Promoção da Saúde. Hei-los na íntegra:

⁹ **Anderson, R.** (Institute for Social Studies in Medical Care, UK), **Badura, B.** (Fachbereich Soziologie, University of Oldenburg, Federal Republic of Germany), **Catford, J.** (Regional Specialist in Community Medicine, Wessex Regional Health Authority, UK), **Leppo, K.** (Director, Department of Planning and Evaluation, National Board of Health, Finland), **Letica, S.** (Andrija Stampar School of Public Health, Yugoslavia), **McQueen, D.** (Director, Research Unit in Health and Behaviour Change, University of Edinburgh, UK), **Pissaro, B.** (Médecine Préventive et sociale, Faculté de Médecine St. Antoine, France), **Schmidt, W.** (Director, Institute of Health Education, WHO Collaborating Centre for Health Education, German Hygiene Museum, German Democratic Republic), **Scruggs, M.** (London, UK), **Vang, B.** (Lund, Sweden), **Villalbi, J.** (Barcelona, Spain) e **Vuori, I.** (Director, Institute for Health Promotion, Kekkonen Institute, Finland).

“(1) **a Promoção da Saúde envolve a população como um todo em sua vida cotidiana, em vez de focalizar grupos de risco para determinadas doenças.** Ela habilita as pessoas a ter controle e responsabilidade sobre sua saúde como componente importante da vida cotidiana – como ação tanto espontânea quanto organizada pela saúde. Isso requer acesso integral e continuado a informações sobre a saúde e sobre como ela pode ser buscada para **toda** a população, usando-se, portanto, todos os métodos de divulgação disponíveis;

(2) **a Promoção da Saúde está voltada para a ação sobre determinantes ou causas da saúde.** A Promoção da Saúde, portanto, requer estreita colaboração de setores que vão além dos serviços de saúde, refletindo a diversidade de condições que influenciam a saúde. O governo, nos níveis tanto local quanto nacional, tem a responsabilidade específica de agir apropriada e prontamente para assegurar que o ‘ambiente total’, que está além do controle de indivíduos e grupos, conduza à saúde;

(3) **a Promoção da Saúde combina métodos ou abordagens diversos, porém complementares,** que incluem comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde;

(4) **a Promoção da Saúde visa particularmente à efetiva e concreta participação pública.** Esse enfoque requer o desenvolvimento de habilidades para identificar problemas e tomar decisões, no nível tanto individual quanto coletivo;

(5) sendo a Promoção da Saúde basicamente uma atividade dos campos social e da saúde, e não um serviço médico, **os profissionais da saúde – particularmente os da atenção primária – têm um importante papel a desempenhar em estimular e possibilitar a Promoção da Saúde.** Profissionais de saúde devem trabalhar com o objetivo de contribuir para a defesa da saúde e da educação” [grifos no original] (WHO, 1984, p.2).

Pelo exposto, é possível afirmar que, em linhas gerais, boa parte das idéias contidas nesse documento é semelhante às do relatório final de Alma-Ata. Foi nesse sentido que afirmei anteriormente que os preceitos de Alma-Ata serviram de suporte à construção do ideário da Promoção da Saúde, que se anuncia mais decisivamente a partir da década de 80. Além disso, há questões específicas no documento que valem a pena ser destacadas. Ao deslocar a atenção dos grupos de risco, salientando que as ações da Promoção da Saúde devem se dirigir a toda população, percebe-se a intenção de se minimizar o risco como elemento direcionador de políticas e ações de Promoção da Saúde. Ao avivar a idéia de que a Promoção da Saúde deve voltar-se para os macrocondicionantes da saúde, ressaltando ainda que os governos têm responsabilidade pela saúde de seu povo (uma das idéias defendidas em Alma-Ata, vale lembrar), o documento atenua a ênfase no indivíduo como o maior responsável por sua saúde. Esses pontos são, inclusive, reiterados em outros trechos do documento:

“A Promoção da Saúde surte melhores efeitos na saúde por meio de ações integradas em diferentes níveis voltadas para os fatores – econômicos, ambientais, sociais e pessoais – que influenciam a saúde” (WHO, 1984, p.2).

“A Promoção da Saúde defende o esforço coletivo para se alcançar saúde. Os governos, por meio de políticas públicas, têm uma responsabilidade especial em garantir condições básicas para uma vida saudável e fazer com que as escolhas mais saudáveis sejam as mais fáceis” (WHO, 1984, p.3).

“O conceito e o significado da ‘Promoção da Saúde’ devem ser esclarecidos em cada nível de planejamento, com ênfase em uma perspectiva de saúde mais social, econômica e ecológica do que puramente física e mental” (WHO, 1984, p.3).

Pode-se dizer que o processo de formulação de políticas públicas é permeado por dilemas. Um deles refere-se à possibilidade de a saúde ser vista como objetivo final da vida. Esse enfoque, adverte-se no documento, que pode levar à prescrição do que “os indivíduos devem fazer e como devem se comportar, [...] **é contrário aos princípios da Promoção da Saúde** [grifo meu]” (WHO, 1984, p.4) e expressa, a rigor, a ideologia do ‘salutarismo’.

Outro alerta feito no documento refere-se ao risco de programas de Promoção da Saúde dirigirem-se a indivíduos em detrimento do enfrentamento dos problemas econômicos e sociais. De fato, a exclusiva responsabilização dos indivíduos por sua saúde, imputando-lhes total poder para gerir suas vidas, leva à *culpabilização da vítima*.

“A experiência demonstra que aqueles que formulam as políticas [públicas] com frequência consideram os indivíduos responsáveis por sua própria saúde. É comum que imaginem que as pessoas têm total capacidade de moldar as suas vidas e as vidas de suas famílias de forma a se livrar do peso evitável da doença. Então, quando adoecem, são culpabilizados e discriminados” (WHO, 1984, p.4).

O documento também chama atenção para a possibilidade de os recursos para a saúde não estarem acessíveis às pessoas de modo sensível às suas expectativas, crenças, preferências ou habilidades, o que pode ampliar as desigualdades sociais. A informação é citada como exemplo:

“A informação pura e simples é inadequada; conscientizar sem aumentar o controle ou as perspectivas de mudança só serve para gerar ansiedade e sentimento de impotência” (WHO, 1984, p.4).

“Se você busca manter sua saúde em dia, diminuir os níveis sanguíneos de colesterol, evite alimentos fontes de gorduras hidrogenadas”¹⁰. Esse é um exemplo de informação que será percebida de forma diversa por pessoas de diferentes estratos sociais, crenças e culturas, excluindo-se, é claro, a parcela da população que não compreenderá o seu significado. Ainda que a informação contribua para a tomada de consciência acerca dos possíveis efeitos adversos de uma dieta com aquelas características (e certamente contribui), a impossibilidade das pessoas exercerem algum tipo de controle sobre a situação tende a gerar-lhes o sentimento de impotência. É assim que interpreto essa advertência feita no documento da OMS, a meu ver, presente na noção de *empowerment*¹¹, uma das idéias centrais da Promoção da Saúde que será discutida detalhadamente mais adiante. Com efeito, essa idéia está implícita numa última advertência feita no documento: a de que a Promoção da Saúde não é exclusividade de uma categoria profissional, mas assunto de tantas outras quanto forem importantes para a consolidação de seu ideário, além de leigos.

“Há o perigo de que a Promoção da Saúde seja apropriada por um único grupo profissional e transformada em campo de especialização para a exclusão de outros profissionais e pessoas leigas. Para aumentar o controle sobre sua própria saúde, o público exige um maior compartilhamento de recursos por profissionais e governo” (WHO, 1984, p.4).

Apesar de o documento não se referir a outros anteriormente publicados, noto certa preocupação de se recuperar a importância dos condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos da saúde que, de certa forma, são pouco enfatizados nos relatórios Lalonde e *‘Healthy People 1979’*. Como vimos, uma das semelhanças entre esses relatórios no tocante à Promoção da Saúde é sua associação a mudanças de estilos de vida e à noção de risco epidemiológico. Não obstante, o documento da OMS (WHO, 1984) não desconsidera a adoção de comportamentos conducentes à saúde como um dos objetivos da Promoção da Saúde (em certos momentos chega mesmo a destacá-la); mas condena, no entanto, estratégias que tomam o indivíduo como foco exclusivo (chegando, no limite, a culpá-lo por sua condição adversa de saúde) e que se limitam a prescrever comportamentos independentemente dos condicionantes sociais, econômicos

¹⁰ Disponível em: <<http://saude.terra.com.br/interna/0,,OI268036-EI1502,00.html>>. Acesso em: 19 jul. 2007.

¹¹ Embora os significados conferidos a *empower* em português sejam “dar poderes a, autorizar, licenciar; habilitar, permitir” (Houaiss, 1982, p.250), o termo não tem um vocábulo correlato em nossa língua. Não obstante, *empowerment* vem sendo traduzido pelo anglicismo ‘empoderamento’ por alguns estudiosos do campo sanitário (Gohn, 2004; Lefèvre, Lefèvre, 2004). Porém, considerando que esse anglicismo, além de não soar bem, pode mascarar as diferentes nuances que o termo pode comportar, optei por adotar o vocábulo na língua inglesa.

e culturais e em detrimento de seu enfrentamento. Em outras palavras, o documento parece atenuar a ênfase dada pelo Informe Lalonde e pelo relatório *'Healthy People 1979'* aos estilos de vida e fatores de risco como elementos direcionadores das ações em Promoção da Saúde.

No entanto, apesar do esforço nesse sentido, a meu ver, esse documento (WHO, 1984) não está isento de vacilações. Por exemplo, considerando que o documento defende a participação da comunidade nas decisões de saúde (WHO, 1984), não caberia supor que a afirmação de que “aqueles que formulam as políticas com frequência consideram os indivíduos responsáveis por sua própria saúde” (WHO, 1984, p.4) embute um afastamento entre formuladores e beneficiários das políticas? E que a esse afastamento subjaz a idéia de que as políticas são formuladas para o Outro, com o qual não se teria identidade? Mais ainda, esse afastamento não implica papéis diferenciados no desenvolvimento da política, aos formuladores cabendo sua idealização (portanto, uma postura mais ativa) e, aos beneficiários, o cumprimento das prescrições concebidas pelos primeiros, logo, exercendo uma postura passiva? Em última análise, esse afastamento não sugere que políticas são formuladas de cima para baixo? Percebo que da trama do documento, que, repito, visa amenizar a ênfase nos estilos de vida, volta e meia emergem fios destoantes: “[p]romover comportamentos de saúde positivos e estratégias de enfrentamento adequadas é um objetivo chave da promoção da saúde” (WHO, 1984, p.3). Uma coisa é a prescrição de mudanças comportamentais em países desenvolvidos, que contam com Estados de Bem-Estar Social supridores das necessidades básicas da população. Outra coisa é fazê-la em países marcados por desigualdades de toda ordem. Vale destacar, enfim, que todos participantes do encontro promovido pela OMS que deu origem ao documento em tela (WHO, 1984) provinham de países desenvolvidos¹².

Em suma, apesar das críticas à culpabilização da vítima e à prescrição descontextualizada de comportamentos individuais como estratégia principal de redução do risco epidemiológico, sinto falta nesse documento de uma postura mais radical em defesa desses pontos, que traga à baila discussões sobre diferenças de classe e de gênero, por exemplo. Sinto falta de uma postura que assuma inequivocamente a perspectiva do conflito como pano de fundo das relações sociais. Não há como negar, no entanto, que, embora vacilante, esse documento (WHO, 1984) aponta para outra direção que não a dos Informes Lalonde e *'Healthy People 1979'*. Ele, de fato, serviu de

¹² Reino Unido, Alemanha Ocidental, Alemanha Oriental, Finlândia, Iugoslávia, França, Suécia e Espanha.

base e de motivação para as discussões do evento mais importante para o desenvolvimento da moderna noção de Promoção da Saúde (Saan, 2007), a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e, com ela, inaugurou uma nova fase para a Promoção da Saúde, chamada de ‘Nova Promoção da Saúde’¹³ por alguns (Carvalho, 2005; Robertson, Minkler, 1994; Raeburn, Beaglehole, 1989) e de ‘Nova Saúde Pública’ por outros (Oliveira, 2005; O’Connor-Fleming, Parker, 2001).

“A promoção da saúde é o processo de habilitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la. Para alcançar um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e concretizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar ou lidar com o ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não como o objetivo da vida. A saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas a responsabilidade do setor de saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar” (WHO, 1986, p.1).

Assim foi conceituada a Promoção da Saúde na Carta de Ottawa, documento final da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde que, em 1986, reuniu 212 representantes de 38 países¹⁴, a maioria do mundo desenvolvido (Raeburn, 2007; Terris, 1992; Raeburn, Peters, 1987). Quero destacar aqui um aspecto que, a meu ver, pouco tem sido enfatizado nas discussões sobre Promoção da Saúde: a forte influência de países desenvolvidos na formulação das idéias seminais da Promoção da Saúde e a reduzida participação de países periféricos¹⁵ nesse processo. Embora tenha objetivado a troca de experiências e de conhecimentos sobre Promoção da Saúde, a Conferência de Ottawa não foi palco de um amplo e profundo debate acerca dos principais conceitos desse ideário (Raeburn, 2007; Raeburn, Peters, 1987). De fato, eles já haviam sido alinhavados dois anos antes, no encontro de expertos (todos de países desenvolvidos – vide nota 12), que gerou o documento ‘Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde’ (WHO, 1984).

¹³ Abordagem socioambiental ou socioecológica de Promoção da Saúde são expressões sinônimas, também encontradas na literatura sobre o tema (Carvalho, 2004a; 2004b; Paton, Sengupta, Hassan, 2005; Green, Poland, Rootman, 2000; McLeroy *et al.*, 1988).

¹⁴ Antígua, Austrália, Áustria, Bélgica, Bulgária, Canadá, Tchecoslovaca, Dinamarca, Escócia, Espanha, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Gana, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda do Norte, Islândia, Israel, Itália, Iugoslávia, Japão, Malta, Nova Zelândia, Noruega, País de Gales, Polônia, Portugal, República Democrática da Alemanha, República Federal da Alemanha, República da Irlanda, Romênia, Saint Kitts e Nevis, Suécia, Sudão, Suíça e União Soviética.

¹⁵ Assim como Carvalho (2005), adoto a expressão ‘países periféricos’ por entender que ela traduz melhor a opção valorativa (condicionada política e historicamente) de países comumente chamados de ‘não desenvolvidos’ ou ‘em desenvolvimento’ seguirem outras vias de desenvolvimento que não as adotadas por países capitalistas ‘desenvolvidos’.

O testemunho de Raeburn e Peters (1987), delegados da Nova Zelândia na Conferência de Ottawa, é bastante elucidativo sobre esse aspecto. Segundo eles, a maioria dos participantes ficou descontente com o papel exercido pela OMS na organização da Conferência. Primeiro, por organizá-la de ‘cima para baixo’. Segundo, por omitir, até o último dia, que ela deveria gerar um documento final (a Carta de Ottawa), cujo esboço fôra entregue pelos organizadores aos participantes também no último dia do evento. Terceiro, por limitar, assim, o debate acerca do que viriam a ser as idéias-chave da Promoção da Saúde.

“Um aspecto especialmente frustrante da conferência foi o fato de não ter havido nenhuma oportunidade de discutir ou debater a definição de promoção de saúde proposta pela OMS (produzida por um pequeno grupo de trabalho sediado em Copenhagen) ou os vários documentos de discussão que haviam sido originados na OMS no ano anterior” (Raeburn, Peters, 1987, p.25).

Com a insatisfação que isso gerou, revela Raeburn (2007), os organizadores permitiram que os delegados, ainda que em pequeno intervalo de tempo, sugerissem alterações ao texto provisório, algo, diga-se de passagem, fora do comum. Porém, o próprio Raeburn (2007) confessou-se feliz com o fato de as alterações terem sido aprovadas, sob aplausos, na plenária de encerramento da Conferência, o que ajudou a transformar, nas palavras de um dos delegados, “um patinho feio em um belo cisne” (Raeburn, 2007, p.10). Não sei se chega a tanto, já que o próprio Raeburn (2007), apesar de se declarar defensor da Carta de Ottawa, critica o fato de ela ter fomentado mais ações políticas realizadas ‘de cima para baixo’. Para ele, a Carta de Ottawa “é mais um conjunto de valores associado a um *checklist* do que uma declaração coerente sobre uma Promoção da Saúde efetiva e empoderadora” (p.10).

A meu ver, esses testemunhos (Raeburn, 2007; Raeburn, Peters, 1987) reforçam a tese de que a Promoção da Saúde nasce em berço esplêndido. Logo, pode-se dizer que, embora os princípios estabelecidos na Carta de Ottawa sejam, de certa forma, semelhantes aos de Alma-Ata, eles foram formulados em termos mais palatáveis aos governos dos países ocidentais desenvolvidos. Nos anos 80, a realidade político-econômica desses países já era diferente da dos anos 70. Nessa época, a despeito dos problemas de iniquidade em saúde e na distribuição de riqueza que prevalecem ainda hoje, empenhava-se [e acreditava-se] mais na construção de uma economia global que incluísse as economias periféricas e lhes garantisse a estabilidade necessária para o crescimento (Baum, Sanders, 1995). Nos anos 80, porém, isso começa a mudar,

sobretudo com a difusão em escala global do modelo econômico [neoliberal] implantado no Reino Unido e nos EUA, com os governos de Thatcher, iniciado em 1979, e de Reagan, em 1981, respectivamente. Nos anos 70, eu acrescentaria, havia mais esperanças em mudanças econômicas voltadas para a justiça social. Para Baum e Sanders (1995), Alma-Ata refletiu esse otimismo.

Na carta de Ottawa, embora saliente à rápida leitura, o otimismo se perde na debilidade e ambigüidade das propostas apresentadas para o alcance da ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, objetivo, aliás, resgatado de Alma-Ata. Ao mesmo tempo em que reconhece que paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade são condições fundamentais à saúde, a Carta de Ottawa defende que, para seu alcance, profissionais e grupos sociais tenham como principal responsabilidade mediar os diferentes interesses na sociedade (WHO, 1986). Pergunto-me, então, até que ponto essa mediação é admissível. Até que ponto, por exemplo, é possível mediar os interesses de grupos privados de saúde com os dos defensores de um sistema universal e solidário? Até que ponto é possível mediar os interesses do capital especulativo com os dos desenvolvimentistas? Em alguns momentos, a Promoção da Saúde chega a ser apresentada como se pairasse acima dos problemas e conflitos sociais, a ponto de ser capaz de “gerar condições seguras, estimulantes, gratificantes e agradáveis de habitação e trabalho” (WHO, 1986, p.2). Como a Promoção da Saúde pode gerar essas condições sem ser condicionada pelos conflitos inerentes ao mundo do trabalho? A meu ver, a busca do consenso que orienta as linhas de ação expressas na Carta de Ottawa encobre a relação conflituosa entre os diferentes grupos e classes sociais. Embora reconheça e lamente os limites que essa afirmação impõe à perspectiva da ‘Nova Promoção da Saúde’, confesso que é confortante saber que não estou sozinho em posição tão contestadora.

“A visão expressa na Carta de Ottawa, de que é possível construir um novo movimento de saúde pública a partir da retórica de posições ideológicas díspares e contraditórias, constitui um instrumento ingênuo para imposição de um consenso acrítico, incapaz de conformar os necessários desafios políticos e ideológicos ao *status quo*” (Caplan, 1993, p.152).

Há quem afirme, inclusive, que a Carta de Ottawa não pode servir de referência para estratégias inequívocas de melhoria da saúde pública (Caplan, 1993) e para a mudança social (Baum, Sanders, 1995). De fato, principalmente se considerarmos que após 20 anos de sua divulgação não há muito que se comemorar no que se refere ao

alcance da ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, sobretudo nos países periféricos (Hall, Taylor, 2003; Araújo, Iturri, 1997).

Ainda que com ambigüidades, é possível admitir, porém, que a Conferência de Ottawa teve relativo sucesso em divulgar uma concepção ampliada de Promoção da Saúde, ao sublinhar a importância e o impacto dos condicionantes econômicos, sociais, políticos e culturais nas condições de saúde e na adoção de certos comportamentos. A meu ver, porém, o que prevalece a partir da década de 80 ainda é a ênfase nos estilos de vida e no risco epidemiológico como elementos norteadores das ações de Promoção da Saúde. Como partidários desse ponto de vista, posso citar Carvalho (2004a), para quem o conceito de risco é estruturante da ‘Nova Promoção da Saúde’, e Terris (1992), que vê consistência entre a noção de Promoção da Saúde expressa na Carta de Ottawa e o conceito epidemiológico de ‘rede de causação’ [*web of causation*]. Em oposição à ‘teoria do germe’, segundo a qual para cada doença há uma causa única e perfeitamente determinada, o conceito (ou modelo) de ‘rede de causação’ atribui a produção de doenças à imbricada interação, direta e indireta, de fatores protetores e de risco. Embora reconheça que em geral não há uma única causa para a doença, esse modelo enfatiza as formas pelas quais as múltiplas causas se combinam para influenciar um indivíduo socialmente fragmentado, em geral ignorando ou menosprezando o contexto social. Além disso, embora tipicamente descrito como ‘não-hierárquico’, o modelo da ‘rede de causação’ tende a privilegiar algumas explicações em detrimento de outras, destinando maior atenção a fatores de risco mais próximos das conseqüências que estão sendo investigadas. Assim, a influência do contexto socioeconômico, categoria de difícil operacionalização para fins estatísticos, dada a multiplicidade de interpretações e debate a seu respeito, tende a ser preterida por outras mais objetivas (Petersen, Lupton, 1996). É nesse contexto que certos comportamentos são racionalizados e prescritos como fatores protetores.

Ambigüidade, portanto, é algo que atravessa as cinco linhas de ação estabelecidas na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: (a) elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’, (b) criação de ambientes favoráveis à saúde, (c) reforço da ‘ação comunitária’, (d) desenvolvimento de habilidades pessoais, e (e) reorientação do sistema de saúde. Essas linhas de ação, semelhantes aos princípios formulados no documento que lhe serviu de base (WHO, 1984), foram temas centrais das futuras conferências internacionais sobre Promoção da Saúde.

Assim, em abril de 1988, realizou-se em Adelaide, na Austrália, a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo como tema central ‘Políticas Públicas

Saudáveis'. Essas políticas, que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, foram debatidas por 220 participantes de 42 países. Ao final da conferência, os participantes identificaram quatro áreas prioritárias para ações de Promoção da Saúde: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e criação de ambientes saudáveis, essa última, por sinal, vista como principal propósito de uma PPS (WHO, 1988).

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em junho de 1991, em Sundsvall, na Suécia. Tendo como tema central 'Ambientes Saudáveis', a conferência, que reuniu participantes de 81 países, ressaltou que as dimensões social, política e econômica devem ser fortemente consideradas para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. Além disso, destacou-se a participação da mulher no desenvolvimento desses ambientes. De certa forma, as discussões sobre a criação de ambientes saudáveis estabelecidas nessa conferência serviram de prenúncio ao debate que seria travado no ano seguinte, na Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento, a Eco 92, realizada no Rio de Janeiro (WHO, 1991).

Foi nesse mesmo ano que se realizou o primeiro evento regional de Promoção da Saúde, a I Conferência Internacional da América Latina sobre Promoção da Saúde, patrocinada pelo Ministério da Saúde da Colômbia e pela OPAS. Quinhentos e cinquenta representantes de vinte e um países¹⁶ se reuniram em Bogotá para definir o significado de Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados à saúde da população desse continente, dadas as peculiaridades sociais, econômicas, políticas e culturais da região (Brasil, 2001c). Embora a América Latina fosse marcada por iniquidades de toda ordem, reflexo da prolongada crise econômica e das políticas de ajuste macroeconômico, a Carta de Bogotá, como ficou conhecido o documento final da Conferência, reiterou as linhas de ação propostas na Carta de Ottawa. Assim, debilidade e ambigüidade prevaleceram como marcas das estratégias delineadas na Carta de Bogotá, como as propostas de conciliação entre os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos e de repasse de informação e conhecimento para a promoção da participação social e a mudança de estilos de vida.

¹⁶ Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Espanha, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

Outro evento regional, a I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, realizada em 1993, em Trinidad e Tobago, ratificou as linhas de ação da Carta de Ottawa para os países caribenhos e destacou a necessidade de construção de alianças com os meios de comunicação (OPAS/WHO, 1993).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento (Jakarta, Indonésia, em 1997) e a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde. Sob o título ‘Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a Promoção da Saúde no século XXI’, a conferência definiu como ações prioritárias (a) promover a responsabilidade social para com a saúde, (b) aumentar os investimentos para fomentar a saúde, (c) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, (d) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e (e) criar uma infra-estrutura para a Promoção da Saúde (WHO, 1997a). Vale destacar que em Jakarta, pela primeira vez na história das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a prática da atividade física voltada para a saúde foi tomada como uma das dez áreas prioritárias da Promoção da Saúde (WHO, 1997b).

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se em 2000, na cidade do México. Dentre as recomendações apontadas pelos participantes da conferência, destacam-se: (a) colocar a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; (b) assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de Promoção da Saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; (c) apoiar a preparação de planos de ação nacionais para Promoção da Saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área; e (d) estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde (WHO, 2000a).

Os participantes da VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em agosto de 2005, na cidade de Bangkok, na Tailândia, tiveram como preocupação central pensar estratégias de Promoção da Saúde em um mundo globalizado. Chegaram, assim, às seguintes recomendações: (a) defender a saúde baseada nos direitos humanos e na solidariedade; (b) investir em políticas, ações e infra-estruturas sustentáveis para abordar os fatores determinantes da saúde; (c) ampliar a capacidade para o desenvolvimento de políticas, práticas de Promoção da Saúde, pesquisa e lideranças em saúde; (d) estabelecer normas reguladoras e leis que garantam alto grau de proteção contra possíveis danos e igualdade de oportunidades para a saúde e o bem-estar de todas as pessoas; e (e) estabelecer alianças com organizações públicas,

privadas, não governamentais e internacionais e com a sociedade civil para estimular a criação de ações sustentáveis (WHO, 2005).

Iniciadas há cerca de 20 anos, as conferências e os encontros sobre Promoção da Saúde têm sido importantes para estabelecer metas e delinear estratégias. Todavia, há que se reconhecer o hiato que permanece entre o discurso e a prática produzida por essas conferências (Souza, Grundy, 2004). A meta ‘Saúde para Todos no Ano 2000’ estabelecida em Alma-Ata é um exemplo claro de que as intenções não vêm se materializando em ações concretas (Marcondes, 2004). Por outro lado, as conferências tiveram (e ainda têm) papel importante no processo de consolidação da Promoção da Saúde como ideário-guia de políticas e ações em saúde, sobretudo governamentais. Nesse aspecto, a OMS vem exercendo papel de destaque, seja promovendo eventos, editando publicações ou fomentando o debate acerca das idéias, conceitos e estratégias de Promoção da Saúde pelo mundo afora.

O que quero destacar nesse ponto da discussão é que a Promoção da Saúde nasce e cresce visceralmente ligada ao Estado (Stevenson, Burke, 1992), seja na versão comportamentalista que prevalece na década de 70, seja na perspectiva da ‘Nova Promoção da Saúde’, que se conforma a partir de meados dos anos 80. Na década de 70, o Informe Lalonde e o Relatório ‘*Healthy People 1979*’ foram produzidos respectivamente pelos governos canadense e estadunidense como arcabouço teórico para mudanças em seus sistemas de saúde. Nos anos 80, a OMS, organismo internacional que reúne 193 países e integra o sistema das Nações Unidas, assume mais explicitamente a liderança no processo de institucionalização e difusão da Promoção da Saúde como ideário-guia para ações e políticas de saúde (Parish, 1999), tarefa alavancada pela realização das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.

O Contexto Socioeconômico

Há que se sublinhar, porém, que a Promoção da Saúde não se configura num vácuo político-econômico. Ela surge numa época em que a política econômica [neo]liberal¹⁷ tomava impulso em importantes centros capitalistas, como Inglaterra e EUA. Essa política, que ganha força com a instabilidade econômica que irrompe na

¹⁷ O prefixo ‘neo’, vale destacar, refere-se menos a uma nova corrente do liberalismo e mais à aplicação dos princípios liberais consagrados num contexto histórico diferente daquele no qual foram formulados. No século XVIII, os princípios do liberalismo de direito à vida, à liberdade, à propriedade e de igualdade da lei e de direitos para todos os cidadãos emergem em oposição aos Estados absolutistas. Na segunda metade da década de 70 do século XX, esses princípios são adequados para justificar a restrição à intervenção do Estado na economia em nome do livre mercado, sob o argumento de que quanto menor sua participação, maior o poder dos indivíduos e, assim, mais rapidamente a sociedade pode se desenvolver e progredir para o bem dos cidadãos.

década de 70, reflete negativamente na capacidade de financiamento do Estado de Bem-Estar Social amplamente adotado pelos países capitalistas desenvolvidos após a II Guerra Mundial. Daí surge o movimento de redução dos custos com a área social, sobretudo, com educação e saúde. Uma das saídas desencadeadas é a convocação da população a fazer a sua parte, não na definição das verbas e políticas públicas, mas no cuidado de si, por meio da adoção de comportamentos considerados saudáveis epidemiologicamente. É nessa mesma época que se expandem pelo mundo os movimentos de auto-ajuda e de auto-cuidado. De fato, sob a égide do neoliberalismo, que se funda na idéia de que cidadãos são atores racionais, autônomos e que o Estado deve intervir o mínimo possível nos assuntos privados e no bem-estar dos cidadãos em nome da felicidade individual, todos são encorajados a se tornarem sujeitos de si próprios (Lupton, 2003).

Além de gestada no Estado, é importante assinalar que a Promoção da Saúde surge em países desenvolvidos, com boa distribuição de renda, que, mal ou bem, construíram no pós-guerra um Estado de Bem-Estar Social de razoável qualidade para seus cidadãos. Tal feito permitia que se buscassem alternativas para além da estruturação de uma rede mínima de serviços (Carvalho, 2005). O mesmo, porém, não vale [ainda hoje] para a maioria dos países periféricos, marcados pela desigualdade social. Suas demandas são outras e bem diferentes. Em que bases, então, a Promoção da Saúde se edifica nos países periféricos, em especial no Brasil? Como produto de países ocidentais desenvolvidos, a Promoção da Saúde carrega valores forjados num dado contexto histórico, cultural, político, econômico e social e, sendo assim, não pode ser vista como produto neutro do pensamento científico a ser aplicado alhures. Portanto, há que se considerar a possibilidade de a transferência acrítica de idéias e valores ‘importados’ levar a Promoção da Saúde a difundir a culpabilização da vítima e a experimentar a inocuidade de suas ações e estratégias, caracterizando-se como forma sutil de controle social.

É preciso reconhecer, portanto, que com o avanço do modelo neoliberal de globalização, iniciativas de Promoção da Saúde correm o risco de legitimar ideologicamente a retração das políticas sociais do Estado (Marcondes, 2004). Para alguns (Stotz, Araújo, 2004), de fato, o reconhecimento do viés conservador da Promoção da Saúde desencoraja sua adoção como estratégia para a mudança das condições de saúde dos povos em geral. Para outros (Simpson, Freeman, 2004; Marcondes, 2004; Carvalho, 2004a), serve de ponto de partida para a superação de suas limitações em direção à transformação social.

Até aqui, pautei as discussões sobre Promoção da Saúde em documentos e relatórios oficiais, sobretudo os produzidos sob os auspícios da OMS. Se, por um lado, isso ajuda a compreender a forma pela qual a Promoção da Saúde é institucionalizada e assumida como discurso oficial de governos e demais organizações, por outro, limita as discussões a apenas um ponto de vista. De fato, o debate sobre Promoção da Saúde não se restringiu às atividades promovidas pela OMS, embora tenham exercido papel importante. Ele já transcorria mesmo antes delas, ainda que de forma mais incipiente. Não é de hoje, vários autores vêm se debruçando sobre o tema, criticando, reiterando e propondo idéias e abordagens para a Promoção da Saúde. Entretanto, será que suas reflexões e proposições apenas reproduzem aquelas emanadas de documentos oficiais ou avançam em outras direções? Até que ponto suas reflexões confirmam a ambigüidade da Promoção da Saúde identificada nos documentos oficiais, marcada, de um lado pela ênfase no risco epidemiológico e em mudanças comportamentais e, de outro, nos determinantes sociais da saúde?

A Promoção da Saúde para além da OMS

Antes mesmo da Conferência de Ottawa, Tannahill (1985), aparentemente incomodado com o fato de a Promoção da Saúde ter se tornado um termo com tantos significados a ponto de se aproximar de algo sem sentido, tece críticas a alguns conceitos de Promoção da Saúde e, em seguida, propõe um modelo que reúne três esferas de atividades parcialmente sobrepostas: Educação para a Saúde, Prevenção e Proteção à Saúde (Figura 1). Ao propor seu modelo, a intenção de Tannahill (1985) era superar as limitações dos demais e, ao mesmo tempo, apresentar uma estrutura que servisse de base para o delineamento de atividades de Promoção da Saúde, o que, segundo o autor, ajudaria na luta pela obtenção de recursos contra as forças que defendiam abordagens mais tradicionais.

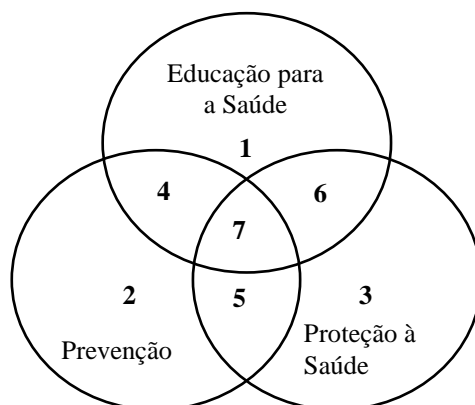


Figura 1 – Um Modelo de Promoção da Saúde (Fonte: Tannahill, 1985).

No modelo de Tannahill (1985) identificam-se sete domínios assim caracterizados: (1) *Educação para a saúde*: refere-se a iniciativas de educação voltadas para o estímulo de comportamentos associados à saúde positiva. Por exemplo, encorajar a ocupação do tempo livre com atividades físicas ou preparar o indivíduo para uma ocupação satisfatória no período de aposentadoria; (2) *Serviços de prevenção*: atividades cujo objetivo principal é a diminuição de ocorrências de constrangimentos à saúde, como a imunização, o controle da pressão arterial etc; (3) *Proteção à saúde*: decisões nacionais ou internacionais de governos ou associações dotadas de poder de influência (comerciantes, industriais etc) capazes de promover a saúde positiva. Por exemplo, aumentar a alocação de recursos para a construção de espaços de lazer ou alojamentos adaptados a pessoas com necessidades especiais; (4) *Educação preventiva para a saúde*: refere-se à educação de caráter preventivo voltada para o público, ou seja, que estimule o uso dos serviços de prevenção, como no caso de se encorajarem as famílias a levar suas crianças aos centros de vacinação; (5) *Proteção preventiva da saúde*: decisões que estimulam as medidas preventivas; por exemplo, a obrigação de utilizar cinto de segurança nos automóveis, da instalação de filtros nas chaminés de fábricas ou de instalação de entradas adequadas às pessoas idosas nos transportes coletivos; (6) *Educação para a proteção da saúde com ênfase positiva*: por exemplo, campanhas para liberação de recursos para políticas de lazer ou organização de um ambiente propício ao debate e à crítica sobre legislação de saúde; e (7) *Educação para a proteção da saúde com ênfase preventiva*: por exemplo, os *lobbies* para que a utilização de cintos de segurança seja obrigatória.

Tannahill (1985) entende, portanto, que Prevenção, Proteção e Educação para a Saúde integram o campo da Promoção da Saúde. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde é o marco principal e majoritário, que incorpora os aspectos negativos e positivos da saúde, que leva em conta sua dimensão política, que valoriza a participação coletiva e o *empowerment*, e que busca tornar fáceis as escolhas consideradas saudáveis. A Promoção da Saúde aglutina, então, todas as atividades que estejam em consonância com seu ideário, que superem uma abordagem exclusivamente curativa e, sobretudo, estejam voltadas para a melhoria da saúde.

Fisher *et al.* (1986), no esforço de clarificar os conceitos de Educação para a Saúde e Promoção da Saúde, segundo eles, motivo de freqüente confusão¹⁸, apresentam um modelo no qual *Promoção da Saúde*, *Serviços de Saúde* e *Proteção à Saúde* formam

¹⁸ De fato, os termos *health education* e *health promotion* são freqüentemente usados como sinônimos (MacDonald, 1998).

uma tríade que, por sua vez, integra um campo ainda mais amplo, que convencionaram chamar de ‘*Aprimoramento da Saúde*’ [*Health Enhancement*] (Figura 2). Nessa perspectiva, portanto, a Promoção da Saúde não é vista como a categoria maior, mas um dos elementos do ‘*Aprimoramento da Saúde*’. Embora os autores não definam claramente o campo do ‘*Aprimoramento da Saúde*’, ele parece englobar todas as iniciativas em prol da melhoria da condição de saúde de indivíduos e coletividades.

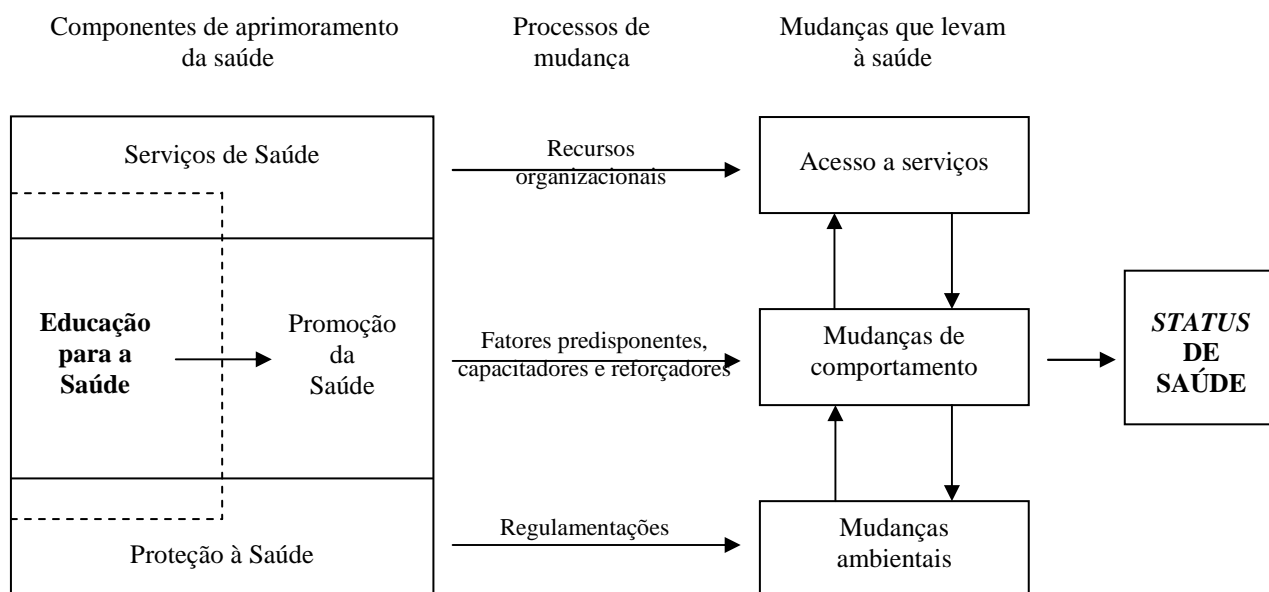


Figura 2 - Componentes do Campo ‘Aprimoramento da Saúde’ (Fonte: Fisher *et al.*, 1986).

Ao lado da Promoção da Saúde, estão os *Serviços de Saúde* e a *Proteção à Saúde* compondo a tríade do ‘*Aprimoramento da Saúde*’. Os *Serviços de Saúde* referem-se a recursos e serviços fornecidos por organizações que contribuem para a manutenção da saúde. Por exemplo, serviços de imunização, de diagnóstico da hipertensão, clínicas pediátricas, clínicas de atenção às DST/AIDS e serviços de planejamento familiar. A *Proteção à Saúde*, por sua vez, refere-se a procedimentos regulatórios, tais como legislação, normas e padrões que visam proteger as pessoas dos perigos à saúde. Trata-se de iniciativas que envolvem mudanças no ambiente. Como exemplos, podem-se citar normas técnicas e de segurança, e o controle de substâncias tóxicas.

Apesar de a *Educação para a Saúde* não ser assinalada como um dos elementos da tríade que compõe o ‘*Aprimoramento da Saúde*’, Fisher *et al.* (1986) apontam-na como um componente essencial da Promoção da Saúde. Como tal, é entendida como instância que se infiltra (e, portanto influencia) naqueles três elementos, com ênfase na

Promoção da Saúde (Figura 2). Fisher *et al.* (1986), que na verdade estão empenhados em diferenciar Educação para a Saúde de Promoção da Saúde, entendem que a primeira é parte integrante, porém, não indispensável da segunda. Para esses autores, certas iniciativas de Promoção da Saúde que não lidam especificamente com situações de aprendizagem não poderiam ser vistas como Educação para a Saúde. Como exemplos, citam a oferta de espaços e instalações destinadas à prática de exercícios nos locais de trabalho, entre outras medidas de redução do estresse laboral; a taxação e legislação sobre produtos considerados prejudiciais à saúde como bebidas alcoólicas, cigarros e congêneres; e o controle de propagandas de bebidas e produtos alimentícios de alto valor calórico, entre outros.

Não obstante, Fisher *et al.* (1986) reconhecem que iniciativas dessa natureza muitas vezes são precedidas (e, portanto, influenciadas) por outras de Educação para a Saúde. Para eles, porém, iniciativas de Educação para a Saúde deixam de sê-las assim que são implementadas iniciativas de Promoção da Saúde como as exemplificadas acima. Há para esses autores, portanto, uma fronteira entre Educação e Promoção da Saúde, demarcada pela concretização de ações sem caráter pedagógico propriamente dito. Ou seja, para Fisher *et al.* (1986), “a Promoção da Saúde acontece quando ocorrem mudanças organizacionais, econômicas ou ambientais que favoreçam a adoção de comportamentos relacionados à saúde” (p.96).

Diferentemente de Fisher *et al.* (1986), Tannahill (1985) entende que as fronteiras entre os elementos da Promoção da Saúde são contínuas e gradativas, o que se reflete na interseção dessas e das demais esferas de seu modelo (Proteção e Prevenção). Como visto antes (Figura 1), essas interseções conformam domínios e expressam a gradação que há entre as iniciativas das diferentes esferas do modelo.

É importante destacar, porém, que isso não anula a capacidade de a Educação para a Saúde influenciar os demais elementos do modelo de ‘*Aprimoramento da Saúde*’. De fato, para Fisher *et al.* (1986), a Educação para a Saúde é

“a transmissão de **conhecimentos** e a provisão de experiências para ajudar os indivíduos a desenvolver atitudes e habilidades, que vão ajudá-los a adotar **comportamentos** para melhorar e manter a saúde deles próprios e de seus companheiros. A educação para a saúde tem como objetivo auxiliar os indivíduos, os grupos e as comunidades a tomar decisões informadas sobre sua saúde. Além disso, a educação para a saúde objetiva habilitar os indivíduos e os grupos a influenciar mudanças na **política social**” [grifos no original] (Howat, Fisher, 1985 *apud* Fisher *et al.*, 1986, p.95).

Não obstante a referência à sua possibilidade de influir nas políticas públicas, a Educação para a Saúde, para esses autores, parece desempenhar um papel essencialmente preventivo, voltado essencialmente para mudanças comportamentais. Isso fica claro quando afirmam que os objetivos da Educação para a Saúde podem ser categorizados nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, numa nítida correspondência aos níveis de prevenção que, por sua vez, apóiam-se no conceito de história natural da doença (Clark, Leavell, 1976). Assim, tomando como referência esses três níveis, caberia à Educação para a Saúde, respectivamente, encorajar as pessoas a adotar comportamentos que conduzam à boa saúde; ajudá-las a identificar precocemente sintomas de doenças, capacitando-as a controlar ou reverter seu desenvolvimento; e, finalmente, levar as pessoas a conhecer suas doenças, formas de tratamento e a disponibilidade de serviços de saúde, contribuindo para reduzir recidivas da doença e, por conseguinte, seqüelas e deficiências.

Embora suas ênfases e papéis possam variar (e, de fato, o fazem, como veremos adiante), a Educação para a Saúde é apontada por muitos autores como o âmago da Promoção da Saúde. Tones (1986) não foge à regra. Em seu modelo de Promoção da Saúde, a Educação para a Saúde assume posição central (Figura 3).

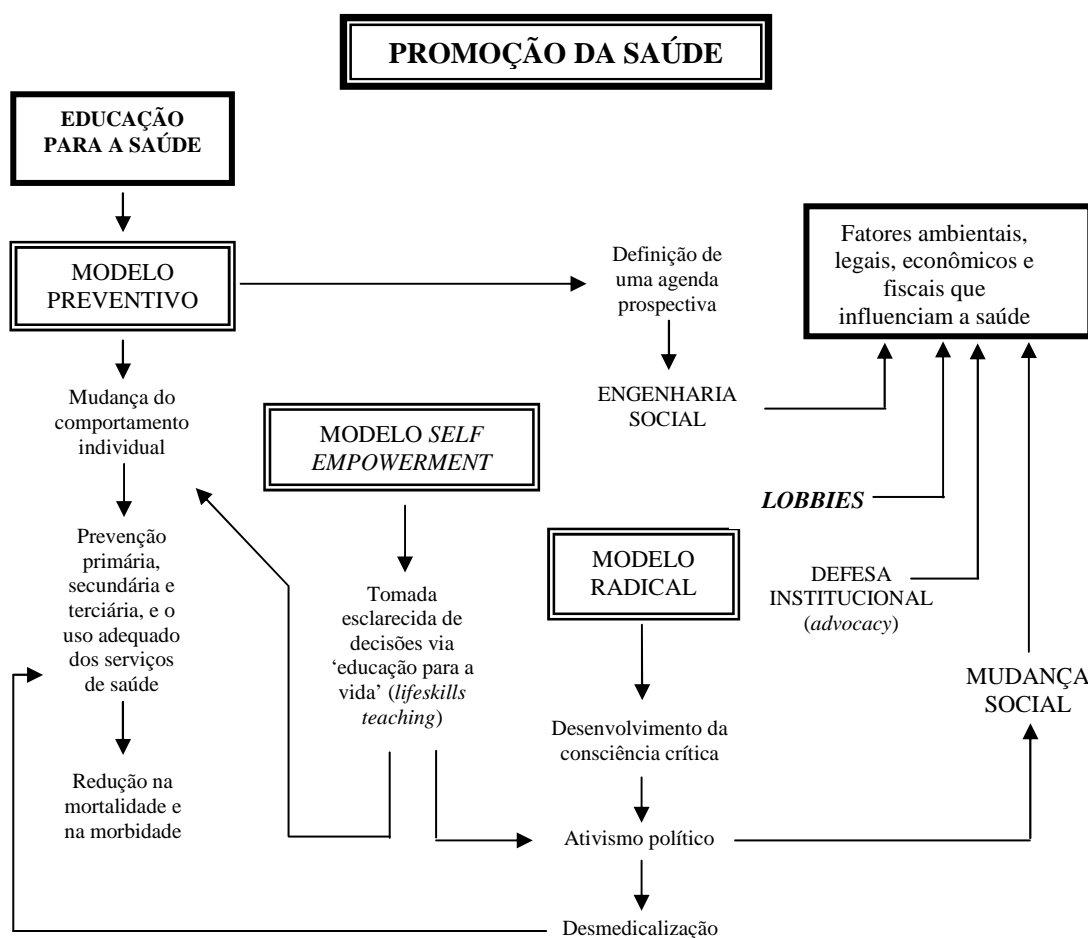


Figura 3 – Um panorama da Promoção da Saúde (retirado de Tones, 1986).

O autor apresenta três modelos de Educação para a Saúde: *preventivo*, de *self empowerment* e *radical*. As diferenças entre essas três abordagens de Educação para a Saúde podem ser melhor compreendidas analisando-se o que cada uma delas considera como critério de sucesso de suas intervenções. Na abordagem preventiva, seria a adoção de comportamentos considerados saudáveis que levaria à redução da morbidade ou mortalidade. Na abordagem radical, seria a adoção de ações populares visando à mudança social, abrangendo desde ações locais voltadas para a remoção de moradores de habitações insalubres até um amplo ataque à pobreza e às doenças a ela associadas. Na abordagem de *self empowerment*, seria a capacidade de escolher livremente – mesmo que um indivíduo escolhesse não reduzir o risco de desenvolver uma doença coronariana ou se recusasse a participar do ativismo político para fechar uma fábrica que oferece más condições de segurança.

A exposição feita até aqui denota a efervescência do debate acerca de conceitos, idéias e modelos de Promoção da Saúde. Mais que isso, reflete a multiplicidade de abordagens para a Promoção da Saúde, algo que, diga-se de passagem, não é recente. Desde a década de 80, autores vêm reclamando da indefinição conceitual da Promoção da Saúde (Tannahill, 1985; Terris, 1992; Souza, Grundy, 2004; Carvalho, 2004a) ou apontando-a como um ideário ainda em construção (Carvalho *et al.*, 2004). Há autores que chegam até a sugerir a impossibilidade de um conceito universal, já que ele sempre refletirá o contexto sócio-político dos que o formulam (MacDonald, Bunton, 1995). Assim, a diversidade de conceitos exprime os diferentes objetivos, estratégias e concepções que a Promoção da Saúde pode assumir. Eu poderia me estender aqui citando e discutindo modelos de Promoção da Saúde propostos por muitos outros autores. No entanto, a ambigüidade parece ser inerente ao discurso, oficial ou não, da Promoção da Saúde.

Apesar da multiplicidade de enfoques para a Promoção da Saúde, ela é geralmente enquadrada em duas grandes abordagens (Carvalho, 2004a; Carvalho *et al.*, 2004; Stotz, Araújo, 2004; Restrepo, 2002a; Lupton, 1995; Fisher *et al.*, 1986). A primeira delas, chamada de comportamentalista ou conservadora, funda-se nos preceitos da epidemiologia clássica e é fortemente orientada para mudanças comportamentais e de estilo de vida. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde é vista como um meio de dirigir os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde e, desse modo, reduzir os gastos com o sistema de saúde. Alinham-se a essa abordagem autores como O'Donnell (1986a; 1986b; 1989), que vê a Promoção da Saúde como “a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seus estilos de vida com vistas a alcançar um estado

de saúde ideal” (p.4;6;5, respectivamente). As idéias emanadas do Informe Lalonde e do ‘*Healthy People 1979*’ enquadram-se nessa abordagem.

Já a ‘Nova Promoção da Saúde’ (ou abordagem socioambiental), embora também fundada na idéia 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 multissetoriais (Lupton, 1995). Nesse sentido, o desenvolvimento comunitário e o *empowerment* são apontados como elementos-chave do processo de capacitação dos cidadãos para, coletivamente, se oporem ao Estado. No entanto, a intensa busca de consensos e a ligação visceral com o Estado são marcas da ‘Nova Promoção da Saúde’, o que, de certa forma, a enfraquece como veículo de transformação social. A ambigüidade, que lhe é inerente, a tem levado a contribuir tanto para a renovação do pensamento sanitário internacional como para a manutenção do *status quo* (Carvalho, 2005).

Há, portanto, que se avançar na formulação de outra perspectiva de Promoção da Saúde que supere as limitações das abordagens comportamentalista e da ‘Nova Promoção da Saúde’. Alguns vêm se dedicando a essa tarefa (Carvalho, 2005; Castro, Malo, 2006a; Marcondes, 2004; 2007). Há inclusive quem aponte a necessidade de se construir uma Promoção da Saúde à brasileira (Campos, 2006), que tome como referência o quadro brasileiro de desigualdade social e as demandas genuinamente nacionais, como a estruturação de uma rede mínima de serviços capaz de atender com qualidade toda a população, feito já obtido por muitos países fundadores da Promoção da Saúde (Carvalho, 2005). Há quem chame essa terceira abordagem de ‘Nova Promoção da Saúde Radical’ (Carvalho, 2005). Talvez eu a nomeasse ‘Promoção da Saúde Crítica’. Não sei bem. Na verdade, não importa muito o nome que se dê, embora, é claro, toda denominação implique ação e direção. A meu ver, importa mais que essa abordagem de Promoção da Saúde seja guiada por certos imperativos éticos.

Um desses imperativos é a democratização do poder político na sociedade, necessária à instauração de novas formas de produção de saúde. Essa democratização, no entanto, não pode ser obtida consensualmente, pois o poder não é transferido altruistamente, senão por meio do embate entre grupos com diferentes interesses (tratarei do assunto no próximo capítulo). Daí ser necessário assumir a perspectiva do

conflito como pano de fundo das relações sociais, até mesmo para que se possa almejar a equidade e a justiça social, outros dois imperativos éticos da Promoção da Saúde.

Considerar o conflito como base das relações sociais faz emergir outro imperativo: a participação social. Sem ela (vista como resultado da luta pelo poder e não de concessões), fica difícil tanto colocar em questão como fazer valer os interesses dos grupos inferiorizados socialmente, já que os interesses dos grupos com maior poder econômico são mais facilmente reproduzidos nas relações sociais (Marcondes, 2007). Assim, ao tomar a participação social como premissa básica, a Promoção da Saúde deve reconhecer que as lutas não podem ser travadas somente a partir do Estado, lógica que predomina na 'Nova Promoção da Saúde'.

O reconhecimento da relação de recíproca determinação entre indivíduo e sociedade deve ser outro imperativo essencial da Promoção da Saúde que, na prática, não pode pautar suas estratégias em dicotomias que induzam tanto à 'tirania do coletivo' como à 'do indivíduo' (Carvalho, 2005). Mesmo quando focadas no indivíduo, as ações devem considerar o contexto socioeconômico e ter como horizonte a formação de sujeitos críticos e reflexivos que, percebendo o caráter recíproco de sua relação com o coletivo, estejam mais aptos a participar ativamente na formulação de ações e políticas públicas de saúde. Nessa linha de raciocínio, a epidemiologia deve ser vista como necessária, mas não suficiente para a formulação de ações e políticas de saúde. A subjetividade e singularidade dos sujeitos também devem ser consideradas e respeitadas, o que implica reconhecer o direito inalienável do ser humano de escolher entre longevidade e prazer (Campos, 2005).

Se não todas, boa parte dessas idéias não é novidade para os brasileiros que militam no campo sanitário. Conforme revela Campos (2005), mal ou bem, estavam presentes em muitas críticas trazidas à baila pela Saúde Coletiva, movimento que, nos anos 1970-80, realizou um intenso e profícuo trabalho de reelaboração teórica e prática do campo sanitário, buscando uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde-doença. Entre outras premissas, a Saúde Coletiva, influenciada pelo marxismo, estruturalismo e pós-estruturalismo francês, (a) enfatiza a determinação social da saúde e da doença; (b) destaca a estreita relação entre política e direito à saúde; e (c) toma a universalização do acesso à saúde como direito inalienável do ser humano. O SUS é um dos resultados práticos desse movimento sanitário e expressão de um projeto democrático e popular de sociedade. No entanto, apesar de toda essa produção genuinamente brasileira, muitos pesquisadores, intelectuais e dirigentes preferiram aderir à novidade gestada no hemisfério norte (Campos, 2005).

Ora, então, vislumbrar uma Promoção da Saúde à brasileira, que supere as limitações das abordagens comportamentalista e socioambiental, não implicaria uma aproximação com as idéias do movimento da Saúde Coletiva? Nesse caso, por que não retomar todo o acúmulo de conhecimentos produzido pelo movimento sanitário brasileiro em tantos anos de debate e reflexão, tentando preencher as lacunas deixadas ao longo do trajeto? Por que não tomar a Saúde Coletiva como eixo norteador das ações e políticas no campo da saúde? Eis aí uma questão que dá margem a muitos debates, mas que, por ora, deixo no ar; pois, embora pertinente e instigante, abordá-la aqui me levaria a trilhar caminhos que me afastariam do foco do presente estudo.

Essas diferentes abordagens de Promoção da Saúde se manifestam em maior ou menor grau e em diferentes tempos e lugares. Portanto, é imprescindível que, diante das diferentes ênfases e direções possíveis, os partidários da Promoção da Saúde tenham consciência de que, dependendo da abordagem adotada, podem servir tanto a projetos de manutenção do *status quo* quanto de transformação social (Castiel, 2004; Carvalho, 2004a). Ou seja, antes de qualquer ação, é preciso ter claro de que Promoção da Saúde se está falando. Suas diferentes abordagens não devem ser vistas como algo estático, mas como instâncias que materializam intenções, tensões e ações políticas e que, portanto, oscilam (pois estão em constante movimento) em um amplo espectro de possibilidades estratégicas. A referência a essas abordagens deve ser vista como um esforço didático de elucidação de conceitos e ideologias que podem subjazer a Promoção da Saúde. Alguns autores se dedicaram a essa árdua tarefa. É o que discuto a seguir.

Analisando Estratégias de Promoção da Saúde

Desde que emergiu no cenário acadêmico e institucional, a Promoção da Saúde vem, gradativamente, se consolidando como referência para ações e políticas de saúde, a despeito das dissensões acerca de conceitos e estratégias. Como tentei demonstrar até aqui, essas dissensões se manifestam em diferentes modelos de Promoção da Saúde, alguns deles apresentados há pouco. No entanto, embora úteis à compreensão de idéias e fronteiras da Promoção da Saúde, esses modelos carecem de fundamentos de teoria social (Caplan, 1993; Beattie, 1991).

Na tentativa de desvelar (e superar) essa lacuna, Beattie (1991) propôs um ‘mapa estrutural’ das estratégias de Promoção da Saúde. Trata-se, na prática, de um esquema de análise edificado em torno de duas dimensões que se referem ao ‘modo’ e ao ‘foco’ das intervenções sociais (Figura 4). Quanto ao ‘modo’, os pólos autoritário/negociado

permitem estabelecer o debate acerca da tensão entre intervenções coercitivas, estabelecidas de cima para baixo, e intervenções participativas, construídas em sentido oposto. Quanto à dimensão ‘foco de intervenção’, seus pólos individual/coletivo representam uma das mais antigas e conflituosas tensões na arena da teoria e política sociais: a relação indivíduo-sociedade.

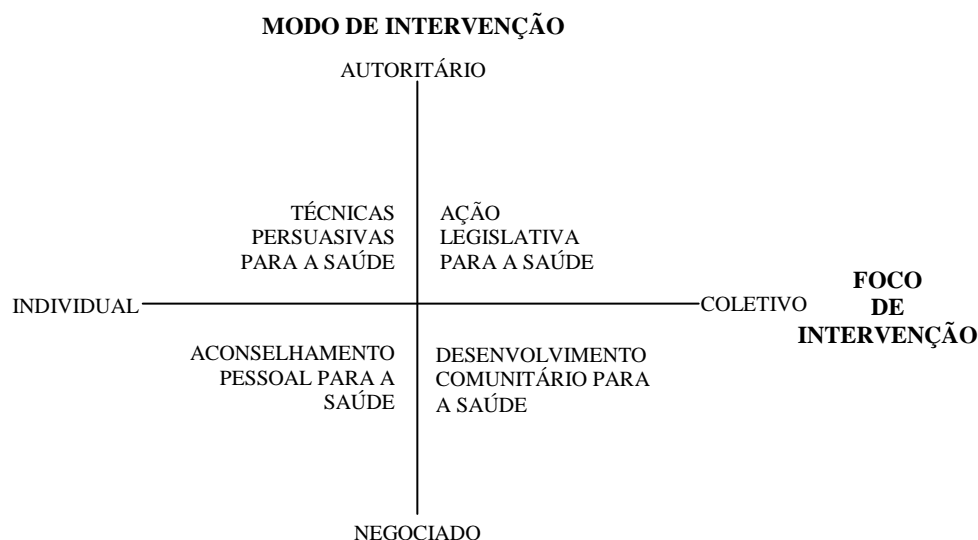


Figura 4 – ‘Mapa Estrutural’ das Estratégias de Promoção da Saúde (Fonte: Beattie, 1991).

A interseção das dimensões forma quadrantes, nos quais podem ser incluídas as diferentes estratégias de Promoção da Saúde, não por nenhum recurso quantitativo, mas por meio da associação das idéias centrais de cada tipo de estratégia. Assim, no quadrante intitulado ‘Técnicas Persuasivas de Saúde’, Beattie reúne as intervenções que se valem da *expertise* de autoridades de saúde pública para prescrever, de modo persuasivo, o comportamento dos indivíduos. De modo similar, no quadrante ‘Ação Legislativa para a Saúde’ estão agrupadas as intervenções que se valem da *expertise* de autoridades de saúde pública para, também persuasivamente, criar e alterar políticas de saúde. O termo ‘Aconselhamento Pessoal para a Saúde’ é usado para caracterizar o conjunto de intervenções nas quais os indivíduos (sozinhos ou em pequenos grupos) são convidados a refletir e a rever seus estilos de vida com vistas a modificá-los em prol da saúde. O termo ‘Desenvolvimento Comunitário para a Saúde’ é usado para caracterizar o conjunto de intervenções nas quais grupos de pessoas que experimentam as mesmas preocupações e condições de vida se unem para agir em prol da melhoria da saúde.

Táticas persuasivas no campo da saúde atraem o poder público por sua simplicidade e visibilidade midiática, já que, para implementá-las, basta selecionar mensagem de impacto sobre riscos associados a certos comportamentos e difundi-la às

audiências por meio da mídia apropriada. A tarefa é ainda mais fácil quando se toma como justificativa maior a saúde, embora banalizada pela simplificação e limitação do conteúdo da mensagem. Metonímia é o recurso de linguagem geralmente empregado nessas táticas persuasivas. ‘Atividade física é saúde’ é um bom exemplo. Nessa afirmação, toma-se a parte pelo todo, a atividade física pela saúde, deixando-se de lado as inúmeras possibilidades de interação entre os conceitos.

Apesar disso, táticas persuasivas são comuns em estratégias de Promoção da Saúde, embora não venham sendo exitosas no propósito de alterar estilos de vida (Beattie, 1991). Para esse autor, o que mais intriga, porém, é a relutância do poder público em admitir tal fracasso e a insistência na adoção de tais estratégias. A resposta talvez esteja na ampla projeção midiática que essas estratégias proporcionam ao poder público e na sensação que difundem de que intervenções sociais estão sendo feitas em prol da saúde da população. Uma boa forma de justificar gastos na área social, apesar dos pífios resultados e de seus desdobramentos nada reflexivos para as audiências.

Outras táticas, também focadas no indivíduo, integram o rol de estratégias de Promoção da Saúde. Também visam à mudança de comportamentos, mas sem fundarem-se na persuasão explícita. O indivíduo é que deve se convencer, por si próprio, da necessidade de mudar seu comportamento. Para ajudá-lo nessa tarefa, as estratégias focam o *empowerment*, em sua versão individual, e o aconselhamento propriamente dito. Diferentemente das táticas persuasivas, o discurso do risco não assume posição de destaque nesse tipo de estratégia. Privilegia-se o resgate da história de vida do indivíduo e a reflexão sobre os aspectos que dificultam a adoção dos comportamentos almejados. Em vez de modificar as circunstâncias que levam à adoção de certos comportamentos, a ênfase desse tipo de estratégia está em ajudar as pessoas a lidar com elas. Essa tática, portanto, não escapa do emblema da ‘culpabilização da vítima’, ainda que numa versão mais benevolente (Beattie, 1991).

No quadrante superior direito, mais voltadas para mudanças no ambiente e na legislação, situam-se as estratégias de cunho mais coletivo, que, segundo Beattie (1991), ganham força na década de 80, também sob influência do movimento verde e de uma maior conscientização ambiental em ascensão naquela época. De fato, documentos sobre Promoção da Saúde produzidos nesse período, em que pese a timidez em trazer à baila o debate sobre a produção das classes sociais e em assumir o conflito como pano de fundo das relações sociais, apontam a necessidade de se alcançar a justiça social por meio de mudanças nos ambientes físico, econômico, social e cultural (WHO, 1984; WHO, 1986).

As discussões que deram origem a esses documentos se estabeleceram com base numa perspectiva sócio-ecológica de saúde, que se funda na indissociabilidade entre as pessoas e seu ambiente (WHO, 1986; McLeroy *et al.*, 1988; Kickbusch, 1996). A idéia de ‘ambiente total’ é central nessa perspectiva. Em outras palavras, não há como almejar mudanças comportamentais sem modificações ambientais concorrentes. A prevenção de doenças cardiovasculares, por exemplo, deveria ir além do aconselhamento (ou persuasão) individual e incluir ações [legais e fiscais] de controle sobre o comércio de cigarros, a indústria alimentícia e a política agrícola do país, entre outras. Essa é uma das preocupações presentes na agenda para a Promoção da Saúde, forjada em Ottawa, mais especificamente no que se refere à construção de políticas públicas saudáveis e à criação de ambientes favoráveis: estratégias de Promoção da Saúde devem pressupor a proteção do meio-ambiente, a conservação dos recursos naturais e ações em outros setores não direta e tradicionalmente ligados ao campo da saúde.

É com base nessa perspectiva sócio-ecológica que surge a idéia de cenários [*settings*] para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde. Sob essa ótica, cenários são entendidos como espaços (ou territórios) nos quais são grandes as chances de implantação e massificação das intervenções, de criação de processos participativos, de impacto positivo nos determinantes do bem-estar comunitário e de ações de maior integralidade (Restrepo, 2002b). Não são, portanto, espaços muito amplos. Cidades, bairros, escolas, locais de trabalho e hospitais são alguns dos cenários priorizados para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde.

Segundo Beattie (1991), porém, os ambientes tomados como cenários para intervenções de Promoção da Saúde são espaços de menor dimensão e interesse para os grupos de maior poder na sociedade. Ou seja, são espaços de menor importância no processo de produção das principais desigualdades sociais. Há, de fato, quem argumente que não há como pensar em saúde para todos sem se considerar o contexto global (Baum, Sanders, 1995). Em outras palavras, eu diria que ações realmente compromissadas com a melhoria das condições de saúde de um povo devem considerar o contexto global, as diferenças culturais, econômicas e sociais entre países e suas influências recíprocas. Hoje, por exemplo, haveria como desconsiderar que a elevação do superávit primário de um país que adota uma política econômica fundada no rígido ajuste fiscal produz reflexos [negativos] no montante de recursos destinados à área social? Haveria como desconhecer os efeitos que barreiras tarifárias impostas a produtos importados exercem na economia do país exportador? Haveria como desconsiderar que

a política econômica adotada por países desenvolvidos produz reflexos na economia de países periféricos? Haveria como negar que alterações no ambiente físico em determinado país pode produzir mudanças climáticas em outras regiões do planeta? Haveria como negar que medidas de preservação do ambiente podem produzir efeitos negativos nas economias de certos países, sobretudo os mais industrializados? Haveria como negar a existência de opressão econômica, política e cultural entre nações? Em suma, haveria como negar o caráter conflituoso das relações sociais?

Isso não significa dizer que não valham a pena ações de Promoção da Saúde de menor abrangência, tanto espacial quanto política, ambiental ou legal. Sem dúvida. Desde, porém, que as ações estejam em consonância com os propósitos mais amplos de uma sociedade mais igualitária e socialmente justa; desde que tenha como horizonte o agir coletivo, sem o qual é difícil se pensar em qualquer transformação social mais perene.

É exatamente esse tipo de prática social coletiva que é almejada em estratégias situadas no quadrante 'Desenvolvimento Comunitário para a Saúde'. Essas estratégias caracterizam-se pela [re]união de grupos de mesma classe social para identificar, discutir e avaliar seus problemas de saúde para, então, agir coletivamente com vistas à mudança dos fatores causadores dos problemas identificados. A *expertise* externa à comunidade, tão cara às intervenções dos quadrantes superiores, é, porém, requisito menos importante para essas estratégias comunitárias.

Porém, como essas estratégias têm início? Grupos oprimidos podem unir-se por conta própria ou motivados, por exemplo, pela ação de profissionais de saúde que se dirigem a eles para lhes dar voz. Nesse ponto da discussão, caberia considerar o fenômeno do poder e sua influência no processo de mudança das condições de vida de grupos e classes sociais. Seria o poder algo concedido ou a ser conquistado? Até que ponto profissionais de saúde, que se dirigem a grupos desprovidos de poder para dar-lhes voz, exercem seu papel sem influenciar escolhas com base em seu próprio *status* social? Até que ponto a voz dos grupos oprimidos não acaba sendo a voz governamental, instituída e legitimada subliminar ou inadvertidamente por profissionais da saúde? Como a voz dos grupos oprimidos pode ecoar a partir deles próprios e, dessa forma, construir alternativas concretas de luta pelo poder? Por mais pertinentes que sejam essas questões, não as discutirei agora, já que o farei mais detalhadamente quando abordar o *empowerment*. Por ora, quero apontar a diversidade de estratégias de Promoção da Saúde, mesmo quando agrupadas segundo certas características.

De acordo com Beattie (1991), é ingênua a crença de que intervenções comunitárias para a saúde podem transformar a vida e o contexto social dos grupos oprimidos na sociedade. Financiadas pelo Estado, essas intervenções estariam limitadas pela própria mobilização que geram. Ou seja, em níveis elevados, a mobilização dos grupos oprimidos pode ir além da crítica e da oposição a serviços e políticas de saúde, chegando a ponto de desafiar a própria 'mão que a alimenta', isto é, o próprio Estado.

Por outro lado, também são realizadas ações que visam à transformação social fora do Estado. Grupos e movimentos da sociedade civil organizada, como associações de moradores, sindicatos, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra desenvolvem ações que podem contribuir para mudança, ainda que se considere o pequeno peso relativo dessas intervenções frente a outras de manutenção do *status quo* e se questione a capacidade de essas intervenções promoverem mudanças mais radicais na sociedade. Assim como nas intervenções dos demais quadrantes, diversidade de enfoques e, por vezes, ambigüidade marcam as ações de desenvolvimento comunitário.

As duas dimensões bipolares do modelo de Beattie (1991) permitem que se tenha um bom panorama dos matizes que as estratégias de Promoção da Saúde podem assumir. A alocação de uma intervenção em determinado ponto do plano formado pelos eixos, que não é feita por meio de coordenadas ou de qualquer outro recurso quantitativo, visa apenas situá-la no amplo espectro de estratégias da Promoção da Saúde, ajudando à compreensão de suas inserções políticas menos aparentes. Ainda que a distância do ponto de alocação até os eixos do modelo sirva para expressar prevalências de enfoques e estratégias que agem simultaneamente, o modelo não dá conta do caráter dinâmico das práticas sociais. Um programa de Promoção da Saúde pode, por exemplo, adotar procedimentos que se enquadrem em quadrantes opostos. Não obstante, há que se reconhecer a contribuição do modelo, que representa um esforço analítico de se lidar com a diversa e constante tensão na arena política da Promoção da Saúde. Cabe ressaltar que o princípio inspirador do modelo pode ser adotado para a análise de outros elementos, inclusive novas perspectivas de Promoção da Saúde (Rawson, 1995), bastando que se adotem outras duas dimensões cuja relação seja elucidativa das possibilidades de intervenção em Promoção da Saúde.

Ferramenta de análise semelhante foi proposta por Caplan (1993) (Figura 5) e usada por Carvalho (2005) para analisar correntes de Promoção da Saúde e de Saúde Coletiva. Segundo Caplan (1993), as concepções teóricas e filosóficas embutidas nos vários modelos e estratégias de Promoção da Saúde podem ser resumidas em duas dimensões fundamentais. A primeira delas diz respeito à natureza do conhecimento

usado como base para a definição dos problemas de saúde e, conseqüentemente, para a estruturação das intervenções de Promoção da Saúde. Por exemplo, até que ponto os problemas de saúde têm suas raízes no comportamento individual, tomado como fenômeno psicossocial objetivável passível de ser explicado pelas ciências naturais, e até que ponto são expressão da imbricada interação de condicionantes sociais, econômicos e culturais que, ao mesmo tempo constroem e são construídos pela subjetividade das experiências humanas? Essas diferentes formas de se perceber a saúde (e, portanto, de nela intervir) aproximam-se dos pólos objetivo e subjetivo, respectivamente.



Figura 5 – Abordagens Teóricas em Promoção da Saúde (Fonte: Caplan, 1993).

A segunda dimensão se refere às teorias que buscam explicar a natureza da sociedade. Agrupadas em torno do pólo ‘Regulação Social’ estão teorias que interpretam a sociedade como um todo harmônico, que tende à coesão pela força da unidade e integração de seus membros em torno de regras e objetivos comuns. A solidariedade entre indivíduos e grupos sociais é pressuposto básico dessas teorias. Nesse sentido, as instituições sociais existem para satisfazer as necessidades tanto coletivas quanto individuais, cada uma delas vista como extensão da outra. Essas teorias, portanto, dão pouca atenção ao conflito e à mudança social, vistos como fenômenos perturbadores da ordem social.

Por outro lado, o conflito e a mudança social são objeto de teorias que, reunidas em torno do pólo ‘Mudança Radical’ do mapa de Caplan (1993), percebem a sociedade como um todo instável e inclinado a mudanças. Nesse sentido, o que move a sociedade são conflitos e tensões dos mais variados tipos, entre grupos sociais e étnicos, entre

gêneros, entre capital e trabalho, enfim, entre diferentes classes sociais e interesses que, para prevalecer, exercem o poder por meio das estruturas e instituições sociais. O foco maior dessas teorias é no que é *possível*, mais do que no que é (Caplan, 1993).

Como no mapa proposto por Beattie (1991), o cruzamento das dimensões configura quadrantes nos quais são agrupados estratégias e modelos de Promoção da Saúde, assim conceituados por Caplan (1993). No quadrante ‘Radical’, a sociedade é vista como opressiva e alienante, sendo caracterizada por instituições autoritárias e hierárquicas do Estado, por corporações empresariais, pelas profissões, pela ciência, pelo trabalho e pela família, que cognitivamente dominam as pessoas. A própria linguagem que usamos cria e sustenta nossa participação nessa forma de opressão.

Na abordagem ‘Estruturalista Radical’, os conflitos e as contradições fundamentais que emergem do sistema econômico que distribui riqueza, poder e oportunidades de forma desigual entre as classes determina, de maneira ampla, a forma das instituições sociais e do Estado, das quais a saúde e os serviços de bem-estar são apenas um exemplo. A sociedade é caracterizada pelo conflito e pela luta de classe, cujo objetivo é corrigir a base econômica da desigualdade de classe.

Para a abordagem ‘Humanista’, a vida social é significativa e prossegue com base nas interpretações subjetivas de seus participantes. As estruturas, instituições, papéis e conceitos sociais de normalidade são socialmente criados, mantidos e modificados pelas pessoas por meio de suas interações umas com as outras. Orientação implícita para unidades sociais integradas, harmoniosas e duráveis desde que não focada nas conseqüências ou nas causas políticas e econômicas.

Na abordagem ‘Tradicional/Funcionalista’, a sociedade é vista como um sistema durável e integrado baseado em uma harmonia de interesses e em um sistema de valores comuns. Modelos e métodos da ciência natural são adotados para o entendimento das questões humanas. O todo social é mantido por instituições sociais que funcionam no interesse dos indivíduos e da sociedade e são adaptáveis a mudanças.

Ainda que as abordagens de ambos os ‘mapas estruturais’ – Beattie (1991) e Caplan (1993) – não sejam mutuamente excludentes no que se refere a alguns aspectos, elas impõem certos limites de modo que a assunção de certa posição impede a aceitação de outras. Se se acredita que a sociedade organiza-se de modo justo e equânime, exemplifica Caplan (1993), então os problemas no campo da saúde pouco teriam a ver com o modelo econômico, a distribuição do poder e da riqueza na sociedade. A meu ver, as dimensões do mapa estrutural de Caplan (1993) permitem analisar de forma mais abrangente as intervenções em Promoção da Saúde. De fato, assim como Caplan (1993)

vale-se de seu modelo para analisar noções-chave de diferentes perspectivas de Promoção da Saúde que podem evocar a Carta de Ottawa como documento inspirador, o mesmo pode ser feito para as intervenções identificadas pelo ‘mapa estrutural’ de Beattie (1991). Pode-se dizer, portanto, que as ferramentas de análise propostas por esses autores se complementam e nos ajudam a melhor interpretar as bases teóricas da pletora de iniciativas e estratégias que atendem pelo nome de Promoção da Saúde.

Por fim, mas não menos importante, quero destacar uma idéia que considero fundamental para as análises das diferentes roupagens da Promoção da Saúde: a saúde é resultado de um processo de produção (Campos, 2000) e, como tal, é produzida por todas as práticas em saúde e não somente por aquelas vinculadas à Saúde Coletiva. Portanto, toda prática sanitária, em alguma medida, oferece algum valor de uso, ou seja, algum coeficiente de bem-estar, ainda que junto se produzam também iatrogenia e controle social. Sendo assim, não se trata de excluir disciplinas e práticas do campo da saúde, nem de tomar a saúde coletiva como seu sinônimo (Campos, 2000). Há, de fato, quem reconheça (Labonte, 1994a) a possibilidade de *empowerment* mesmo em práticas que visem prioritariamente à redução do risco epidemiológico (vide p.83). Embora alerte que, nesse caso, não se outorga poder, reconheço a possibilidade de essa prática servir para subsidiar a *luta* pelo poder. Para isso, porém, é necessário ir além da dimensão biológica; é necessário entender que todos os sujeitos (seres concretos, forjados histórica, social e culturalmente) carregam consigo a capacidade de reflexão crítica do mundo e, por conseguinte, a chama da resistência, já que, onde há poder, há também resistência (Foucault, 1979).

É necessário, portanto, que as práticas sociais (clínica, saúde coletiva, educação, Promoção da Saúde) sejam pautadas nessa lógica, que façam emergir mais a participação social e a democratização da vida, e menos a iatrogenia e o controle social. Nessa linha de raciocínio, as práticas sociais operam, em maior ou menor grau, tanto para a manutenção como para a mudança; portanto, sem antagonismo entre pólos. Nem determinismo, nem autonomia absolutos. Nem isso, nem aquilo. Pólos (indivíduo e sociedade, objetivo e subjetivo, conservação e mudança) se relacionam e influenciam mutuamente. Portanto, “estaria vedado optar e não optar, de modo transcendente, por um dos extremos dessas polaridades” (Campos, 2000, p.223); estaria vedado um modo de pensar que anula as relações e influências mútuas entre conceitos opostos. É com essa orientação em mente que, alerta, as diferentes estratégias, modelos e abordagens de Promoção da Saúde devem ser analisadas.

Capítulo II

Três Idéias-Chave da Promoção da Saúde: aportes possíveis

Não obstante a pletera de abordagens e enfoques para a Promoção da Saúde, é possível identificarem-se pontos de razoável concordância entre documentos e autores que, não é de hoje, vêm se debruçando sobre o tema. Esses consensos, no entanto, dizem respeito a idéias-chave da Promoção da Saúde, e não a seus significados. Por exemplo, parece não haver dúvida quanto ao fato de o *empowerment* ser uma das idéias-chave da Promoção da Saúde. O mesmo, porém, não se pode dizer de seu significado, que varia bastante nas discussões sobre o tema. A meu ver, essa ambigüidade, presente nos documentos históricos da Promoção da Saúde aqui analisados, é um vício de origem da Promoção da Saúde. Sendo assim, antes de considerar qualquer ação de Promoção da Saúde, é preciso saber que perspectiva ou abordagem a inspira; é preciso saber até que ponto ela é capaz de contribuir para a transformação das condições de saúde da população, principalmente quando se presencia um contínuo e crescente processo de adoção desse ideário como referência para a formulação e o desenvolvimento de políticas de saúde no Estado brasileiro.

A seguir, abordarei três idéias-chave, assim consideradas pela recorrência e ênfase com que aparecem nas discussões sobre Promoção da Saúde. Embora eu tenha adotado o termo ‘princípio’ em outra ocasião (Farinatti, Ferreira, 2006), percebo hoje que esse termo evoca mais a noção de lei e regra, ou seja, de proposição fundamental que serve de base a toda uma ordem de conhecimentos. Sendo assim, opto pelo termo ‘idéia-chave’ por entender que ele expressa melhor a falta de clareza e a ambigüidade que [ainda] marcam a Promoção da Saúde. É dessa ambigüidade que me ocuparei agora, tomando como referência as idéias sobre risco, desmedicalização e *empowerment*, a meu ver, centrais no discurso da Promoção da Saúde¹⁹ e fundamentais para a compreensão de iniciativas de promoção da atividade física desenvolvidas sob sua égide.

¹⁹ ‘Participação Social’ e ‘Educação para a Saúde’ são outras duas idéias-chave da Promoção da Saúde que gostaria de ter abordado aqui. Considerando, porém, que o processo de construção de todo trabalho acadêmico implica escolhas, feitas por conta de limitações de diversas ordens, vi-me obrigado a abrir mão da discussão dessas idéias que, como as demais, se apresentam de forma ambígua. Embora essa desistência tenha afetado a riqueza do trabalho, não creio que tenha comprometido seu propósito de demonstrar a ambigüidade inerente à formulação das idéias-chave da Promoção da Saúde.

Risco

“Navegar é preciso, viver não é preciso” (Plutarco, 1952, p.113). Com essa frase, Pompeu, general romano (106 a.C. – 48 a.C.), precisando levar a Roma o trigo colhido nas províncias, exortou seus hesitantes marinheiros a navegar num momento de tormenta e vento impetuoso. Naquela época, as intempéries e as limitações das embarcações faziam das viagens marítimas aventuras perigosas, muitas vezes recheadas de infortúnios. Porém, como pouco se tinha a fazer contra esses azares, não havia outra saída senão enfrentá-los em busca de alimentos, terras e glórias. A sentença de Pompeu não é uma simples declaração de amor à navegação, mas uma exortação à coragem e à abnegação pela pátria (Tosi, 2000). Embora originalmente pronunciada em grego [πλειν αναγκη, ζην ουκ αναγκη], a frase de Pompeu foi eternizada em latim: “navigare necesse est, vivere non est necesse” (*id.*, p.558). Portanto, ao sentido de coragem e abnegação da frase pode-se acrescentar o de *necessidade*.

Por muitos séculos, guerras e catástrofes naturais foram encaradas como fatalidades, perigos e vicissitudes inerentes à vida. Isso, porém, começa a mudar na Pré-Modernidade, período marcado pela transição entre os feudos e as novas formas de territorialidade que dariam origem aos Estados-Nação (Spink, 2001). O capitalismo mercantil, que emergia com força no século XV, necessitava de novos mercados para se consolidar e expandir. Isso foi a mola mestra que, aliada à invenção de instrumentos como o astrolábio, a bússola, e, sobretudo, as caravelas, levou a navegação, até então restrita ao Mar Mediterrâneo, para além-mar. Embora a amplidão do alto mar suscitasse ainda mais incertezas, a possibilidade de controle do futuro sugerida pelas novas invenções imprimia outro sentido aos perigos da navegação, que, se podiam ser razoavelmente previstos, podiam ser minimizados e, às vezes, até evitados. É nesse contexto que perigos começam a ser vistos como *risco*. De fato, a emergência do termo risco é associada pela maioria dos autores às grandes navegações da Pré-Modernidade (Lupton, 2004).

Com o Renascimento, cuja plenitude se deu nos séculos XV e XVI e, mais tarde, com o Iluminismo, que marca o século XVIII, a razão se torna a chave para a compreensão dos fenômenos naturais. As Leis de Kepler e da Gravitação Universal talvez sejam duas das demonstrações mais contundentes dessa racionalidade. Afinal, a trajetória dos astros podia ser descrita e prevista por meio de cálculos matemáticos! A crença na racionalidade se fortalece de tal forma, que a realidade social passa a ser

investigada empiricamente, com base na mesma lógica usada para explicar os fenômenos da natureza. Nesse sentido, vale apontar o trabalho de Durkheim que, em fins do século XIX, lançou-se ao desafio de conferir à sociologia o estatuto de ciência “objetiva, específica e metódica” (Durkheim, 1990, p.xx). Tomando por base a lógica das ciências naturais, Durkheim buscou “estender à conduta humana o racionalismo científico” (*id.*, p.xvii), definindo as características do tipo de fenômeno que só poderia ser objeto da sociologia e de nenhuma outra ciência: o fato social. Com abordagem semelhante, destaca-se, no início do século XX, a Escola de Chicago, cuja linha de investigação empírica da realidade social foi fortemente influenciada pelas ciências naturais, particularmente a biologia (Bulmer, 1999).

Com a Modernidade, a noção de previsibilidade do futuro se encarna de vez na ciência e no imaginário coletivo. O conhecimento objetivo do mundo, por meio da investigação científica e do pensamento racional, passa a ser visto como a porta para o progresso social. Nessa linha de raciocínio, assume-se que os mundos natural e social seguem leis que podem ser calculadas e preditas (Lupton, 2004). Assim, em sintonia com a racionalidade que se espalhava para todas as esferas da vida, emergiram a teoria da probabilidade e a estatística como ferramentas para a quantificação e controle racional da desordem da existência humana. Análises e medidas estatísticas surgem em fins do século XVIII e início do século XIX como forma de medir, classificar e monitorar características de populações em sociedades capitalistas modernas (Petersen, Lupton, 1996). No âmbito da saúde, esse papel foi desempenhado pela epidemiologia, disciplina que surge, na metade do século XIX, na França e na Inglaterra, como campo específico de pesquisas, com a tarefa de tornar mais controláveis as incertezas peculiares aos fenômenos da doença e da morte (Petersen, Lupton, 1996). Consolida-se, assim, a moderna noção de risco, fundada, sobretudo, na idéia de antecipação do futuro mediante estimação probabilística.

Risco Probabilístico: cerne da epidemiologia

A idéia de risco epidemiológico marca o surgimento da Promoção da Saúde. Isso se deve, em grande parte, à adoção do ‘campo da saúde’ como elemento central do Informe Lalonde. O principal papel conferido ao referencial do ‘campo da saúde’ certamente foi servir de ferramenta analítica para identificar e superar os fatores responsáveis pelos problemas de saúde da população canadense. Esse papel era semelhante àquele que a epidemiologia buscava exercer no início do século XIX,

quando surgia como o “estudo da distribuição e dos determinantes da frequência das doenças nas populações humanas” (Hennekens, Buring, 1987, p.3).

Naquela época, os agentes etiológicos das doenças infecciosas ainda eram desconhecidos (Pasteur só formularia a ‘teoria do germe’ no último quarto do século XIX) e não raro as doenças assumiam proporções epidêmicas. Muito se aspirava por uma reversão desse quadro e, nesse sentido, vale destacar os esforços de Villermé (1782-1863), Chadwick (1800-1890), Virchow (1821-1902) e Snow (1813-1858), dentre outros, que, em distintos países e momentos, procuraram soluções para a epidemia de doenças como gripe, pneumonia, febre tifóide e cólera. Embora esses e tantos outros estudiosos tenham contribuído para a consolidação da epidemiologia ao desenvolverem estudos populacionais visando identificar as origens das doenças, Snow é que seria reconhecido mundialmente como o ‘pai da epidemiologia’. Tal reconhecimento deveu-se muito ao seu famoso estudo para conter a epidemia de cólera que, em 1854, abateu determinada região de Londres. Valendo-se de conceitos que ainda hoje constituem ferramentas do epidemiologista, Snow chegou à conclusão de que a água era o meio de transmissão do cólera, e não os miasmas, como se acreditava na época. Dessa maneira, foi possível o controle da doença trinta anos antes de Koch isolar seu agente etiológico: a bactéria *vibrio cholerae* (Green, Poland, Rootman, 2000).

A epidemiologia, portanto, apóia-se em dois pressupostos centrais: as doenças (a) não ocorrem por acaso e (b) têm fatores causais que podem ser identificados por meio da investigação sistemática de diferentes populações em diferentes tempos ou lugares. Pode-se dizer que a identificação da relação de causalidade entre variáveis (exposições e desfechos) é considerada o objetivo maior da epidemiologia. Para tanto, ela se vale de uma série de desenhos de estudos, que podem ser divididos em descritivos e analíticos. Nos primeiros, investiga-se a distribuição de doenças, levando-se em conta que populações ou subgrupos populacionais desenvolvem ou não a doença, em que região geográfica a doença é mais comum e como a incidência da doença varia ao longo do tempo. A partir daí, sugerem-se hipóteses etiológicas para as doenças em questão. A pertinência dessas hipóteses é, então, testada em estudos analíticos (nos quais se adotam grupos de comparação), com o objetivo último de identificar se, de fato, determinada exposição causa – ou previne – a doença em foco. A inferência de causalidade apóia-se na força de associação [estatística] positiva ou negativa entre a chance de exposição em pessoas doentes e não-doentes (estudos caso-controle), a probabilidade da incidência de certa doença em pessoas expostas e não-expostas sem (estudos de coorte) ou com manipulação do fator de exposição por parte do pesquisador (estudos experimentais).

Em geral, essa é a seqüência de estudos analíticos preferencialmente adotada quando se pretende investigar a relação causal entre variáveis.

Em resumo, a intenção de todo estudo epidemiológico é verificar, a rigor, se determinada exposição está associada a uma determinada doença (ou desfecho de interesse), evitando-se vieses e controlando-se confundimentos. Segundo Hennekens e Buring (1987), a epidemiologia permite a quantificação da magnitude da relação exposição-doença nos seres humanos e, por conseguinte, a possibilidade de se alterar o risco por meio da intervenção. Portanto, o conceito de risco é usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde. Riscos absoluto, relativo e atribuível expressam, cada qual à sua maneira, essa probabilidade. Ao conceito de risco, portanto, subjaz a idéia de descrição do futuro, não como predição, mas como probabilidade (Briceño-León, 1998). Estima-se que eventos ocorridos no passado e no presente venham a se repetir no futuro. Esse engendramento de antecipação futurística encontra no causalismo e nos métodos quantitativos, mais precisamente na estatística, seu objetivo e sua ferramenta essenciais, respectivamente.

Tal formulação é extremamente útil quando se trata de fenômenos naturais, nos quais relações de causalidade são mais facilmente identificáveis e menos propensas a questionamentos. Como afirma Schwartz (1969 *apud* Goldberg, 1990), a definição da palavra ‘causa’ exige que quando a causa esteja presente, o efeito exista e, quando suprimida, o efeito desapareça. Assim ocorre no caso das doenças infecto-contagiosas. A presença do agente (vírus, bactéria) leva à doença, processo explicado, em fins do século XIX, pela doutrina da etiologia específica: a cada doença, uma causa específica.

A emergência das doenças não-transmissíveis trouxe, porém, certa inconsistência a essa formulação teórica. As causas de certas doenças já não eram atribuídas tão somente à ação de microorganismos²⁰. Assim, em meados do século XX, a epidemiologia dos modos de transmissão começa a dar lugar à epidemiologia dos fatores de risco (Guilam, 1996). Já não cabia mais pensar em agente causal, mas numa *rede de causação*, uma imbricada trama de fatores de risco cuja interação explicaria os padrões das doenças não-transmissíveis. Nesse contexto, a grande contribuição da epidemiologia passa a ser a identificação de tais fatores de risco, estágio que antecede, naturalmente, a elaboração de medidas para seu controle. Ora, se a causalidade agente→doença identificada pela epidemiologia dos modos de transmissão já ensejava certas prescrições comportamentais (como ferver a água a ser ingerida), com a

²⁰ Isso sem falar dos casos em que a presença do antígeno não produzia necessariamente a doença infecciosa a ele associada.

ampliação do objeto da epidemiologia pela inclusão do conceito de fatores de risco, as intervenções propostas a partir dessa nova perspectiva se ampliam significativamente. Sob essa perspectiva, como todos estamos sob risco (Petersen, 1997), como todos abrigamos riscos potenciais em relação a um ou mais ‘desfechos’ (Petersen, Lupton, 1996), todos esta[re]mos sujeitos, de uma forma ou de outra, a inúmeras prescrições comportamentais.

De fato, a epidemiologia dos fatores de risco traz consigo uma série de questões que devem ser analisadas criticamente, sob pena de se criar uma confiança desmedida em torno de sua capacidade de responder aos complexos problemas de saúde pública. Uma dessas questões diz respeito exatamente às prescrições comportamentais produzidas a partir dos achados epidemiológicos. Geradas num arcabouço teórico que não dá conta adequadamente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais dos fenômenos, essas prescrições perigam não corresponder efetivamente à expectativa de seus destinatários, parecendo-lhes desprovidas de sentido. Pior que isso, essas prescrições podem ser usadas como forma de controle social (Petersen, Lupton, 1996). A racionalidade do método epidemiológico não se estende, como algo natural, às decisões comportamentais. As platéias, supostamente racionais, se movem por outras vias em seus cotidianos e nas suas intimidades (Castiel, 1996). Portanto,

“uma epidemiologia na qual etiologias são vistas como causas mecânicas e indivíduos como conglomerados de fatores de risco estatisticamente correlacionados leva, ela própria, à frustração dos profissionais envolvidos na promoção de saúde e à tentação de culpar as vítimas por recusarem a escolher estilos de vida ‘corretos’” (Frankenberg, 1994, p.1334).

Em uma abordagem comportamentalista/conservadora, a Promoção da Saúde se edifica na suposta superioridade (que resvala na auto-suficiência) da epidemiologia na busca de soluções para os problemas de saúde da população. Via de regra, a defesa dessa superioridade se baseia na exaltação da objetividade como peculiaridade do método epidemiológico. Por outro lado, omite que a aplicação do método impõe artifícios que viabilizam sua operacionalização. “As reduções, inevitáveis do ponto de vista da lógica interna do método, constroem representações que tentam ‘substituir’ a realidade” (Czeresnia, 2004, p.449). Embora modelos comportamentais citados anteriormente (vide página 15) considerem a dimensão social de alguma forma, eles não dão conta da subjetividade inerente à condição humana, objeto deveras fugidio. Emoções, desejos, sensações – elementos fundamentais no processo de adoção de comportamentos – não são adequadamente apreendidos quando decodificados para as

categorias de análise de modelos comportamentais. Nesse processo de decodificação, perde-se muito da essência do fenômeno em pauta, seja qual for. Assim compreendida, a epidemiologia deixa de ser depositária de verdades e preceituária de normas e regras no campo da saúde pública.

Cabe indagar, portanto, “acerca da capacidade da epidemiologia em fazer suas afirmações de risco diante do problema das interações entre representações coletivas e individuais relativas a questões cruciais que envolvem o adoecer e o morrer” (Castiel, 1996, p.97). Ou seja, a epidemiologia é limitada em dar conta da dinâmica das relações sociais e do comportamento individual, fenômenos imbricados e mutuamente condicionados (Elias, 1994). A análise de fenômenos interativos (biológicos, psicológicos e sociais) por meio de técnicas lineares para a estimação do risco revela-se insuficiente para abranger a ambigüidade e a subjetividade dos fenômenos relativos ao humano (Castiel, 1999).

Além do mais, há que se destacar que a epidemiologia funda-se na teoria probabilística e, assim sendo, tem sua capacidade de antecipação do futuro restrita às limitações desse tipo de estimação matemática. Isso significa dizer que, por maior que seja a probabilidade de um risco, não há como garantir que a doença a ele associada ocorrerá e, muito menos, em que indivíduos ou parcela da população. A costumeira omissão, nos fóruns e veículos científicos, dessa peculiaridade do método epidemiológico (aqui tomado como emblema do conhecimento metódico) reveste os achados da epidemiologia (e, como decorrência, suas prescrições comportamentais) com aura de verdade absoluta. Nessa linha de raciocínio, o processo de identificação e avaliação de riscos potenciais é tomado como procedimento essencialmente técnico, que requer a aplicação das ferramentas estatísticas apropriadas para a produção de um conhecimento objetivo e neutro.

A abordagem epidemiológica do risco enquadra-se no que Lupton (2004) chama de perspectiva realista, segundo a qual o risco é uma “ameaça ou um perigo objetivo que existe e pode ser medido independentemente de processos sociais e culturais, mas pode ser distorcido ou enviesado por meio de estruturas sociais e culturais de interpretação” (p.35). Sob esse ponto de vista, o risco preexiste na natureza, pode ser determinado racionalmente, por meio do conhecimento científico objetivo, e controlado a partir de prescrições comportamentais fundadas nas evidências científicas. Como pressuposto básico, está a idéia de que os comportamentos humanos são racionalmente construídos. É com base nesse entendimento que a Promoção da Saúde, numa perspectiva comportamentalista/conservadora, desenvolve suas estratégias de redução

do risco. Comportamentos considerados ‘protetores’ de doenças não-transmissíveis compõem o cardápio de práticas permitidas, exaustivamente alardeadas a todas as audiências. A informação do papel benéfico dessas práticas (ou prejudicial das práticas ‘proibidas’), estabelecido por meio de associações estatísticas, é tomada como requisito suficiente para a mudança de comportamentos, apesar de divorciada da realidade social dos sujeitos.

Essa parece ser a perspectiva de Promoção da Saúde que, ainda hoje, prepondera nas iniciativas desse tipo. Além de originalmente explicitada nos Informes Lalonde (Lalonde, 1974) e ‘*Healthy People 1979*’ (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979), a vinculação da Promoção da Saúde às noções de risco epidemiológico e de estilo de vida (portanto, a iniciativas de mudança comportamental) explicita-se tanto em definições (O’Donnell, 1986a; 1986b; 1989), quanto em iniciativas no campo da saúde. Uma delas, que, recentemente, muito chamou minha atenção, diz respeito a ações no âmbito da saúde suplementar. Considerando que as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (OPS) devem dispor de garantias financeiras (ANS, 2001) para atuar no mercado, em 2005, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a condicionar a cobertura de frações dessas garantias à adoção de programas de Promoção da Saúde (ANS, 2005a), segundo calendário (ANS, 2005a) e critérios específicos (ANS, 2005b). Na prática, trata-se de um estímulo da ANS para que as OPS desenvolvam ações de Promoção da Saúde e constituam capital mínimo para operar no mercado. Na teoria, trata-se de medida que vincula fortemente a Promoção da Saúde à redução do risco epidemiológico e dos custos com a carga de doenças.

Por outro lado, a crítica à perspectiva comportamentalista/conservadora de Promoção da Saúde não significa a negação das contribuições da epidemiologia no desvelamento de fatores que concorrem para o surgimento de doenças. Há, porém, que se reservar para a epidemiologia o lugar de direito no processo de busca de soluções para os problemas de saúde pública: nem de superioridade, nem de inferioridade, mas de igualdade em relação a outras ciências e práticas (inclusive leigas) que dão sustentação ao ideário da Promoção da Saúde. O problema, a meu ver, é quando se toma a Promoção da Saúde como sinônimo de conjunto de estratégias de mudança comportamental calcadas exclusivamente em preceitos emanados de estudos epidemiológicos. Ou seja, numa perspectiva crítica, a Promoção da Saúde não deve (e não pode) negar as contribuições da epidemiologia para a compreensão da etiologia das doenças e, por conseguinte, para seu enfrentamento; mas deve vê-las com cautela. Em outras palavras, numa perspectiva crítica, a Promoção da Saúde deve tomar a

epidemiologia como necessária, porém, não suficiente. Um alerta, porém, deve ser feito. Ainda que necessária a epidemiologia, há que se avaliar as implicações culturais de seus achados fundamentados no conceito de risco probabilístico. Para tanto, há que se considerar outras ciências e práticas para além da epidemiologia, sob pena de a Promoção da Saúde ser mantida no discurso estéril.

Nessa mesma linha de raciocínio, Campos (2000) faz outro alerta. Para ele, não basta a incorporação do social às análises epidemiológicas para explicar o processo saúde-doença, nem a superação completa de tendências. Para ele, é necessário que se verifique em que medida posições e pólos operam em regime de contradição ou de complementaridade. Assim, “à promessa de objetivação asséptica do positivismo é preciso contrapor a subjetividade dos agentes sociais em todas as fases do processo saúde/doença/intervenção, inclusive quando da elaboração de conhecimentos e tecnologias” (p.222-223). Ou seja, ao peso das estruturas contrapõe-se a história que as produz, pela ação social de sujeitos e coletividades. Nesse sentido, é preciso reconhecer que conhecimentos, políticas e valores relevantes para a saúde também são produzidos a partir de outros saberes, como a clínica e a epidemiologia.

Perspectiva Sociocultural do Risco

“Se a gente fumar, morre. Se não fumar, morre também”²¹. O risco epidemiológico certamente não orienta as ações do autor dessa frase que, aparentemente, apóia-se na inexorabilidade da morte para justificar seu comportamento tabagístico. Para ele, a corporificação do prazer é mais significativa que a intangibilidade da morte ou de doenças que possam advir do hábito de fumar. A forte associação entre tabagismo e câncer de pulmão, exaustivamente apontada por estudos epidemiológicos, parece pouco ou nada significar para essa pessoa. Embora sua precária condição social (e a respectiva antevisão de um futuro nada promissor) possa potencializar a busca por pequenos e efêmeros prazeres do cotidiano, a resistência em seguir preceitos epidemiológicos parece atravessar classes e grupos sociais e desafiar a noção de racionalidade humana como musa inspiradora de comportamentos.

Quem fuma tem maior risco de morrer? Para a epidemiologia, certamente sim. Para o fumante, talvez não. Por que não? Porque sua percepção do risco difere da dos epidemiologistas. Embora essa situação costume motivar manifestações de espanto (“como Fulano pode fumar se sabe que o cigarro mata?”), há que se reconhecer que as

²¹ Frase dita por um morador de rua, sob a marquise do nº 33-C da Rua Senador Correa, Flamengo, Rio de Janeiro, no dia 24/11/2006.

decisões humanas podem pautar-se em outra lógica que não a epidemiológica. Aliás, apregoar o discurso epidemiológico (leia-se científico) como o único possível é uma forma de inculcar determinado tipo de raciocínio, que desconsidera a subjetividade humana ou, no mínimo, a joga para baixo do tapete. A incerteza, por exemplo, pode ser a opção de algumas pessoas.

A questão, de fato, pode ser analisada de diferentes perspectivas que, no fundo, derivam da imbricada interação entre os condicionantes sociais, biológicos, culturais, psicológicos. Há pessoas, por exemplo, que orientam suas decisões com base na observação rotineira de casos de doença e morte em sua rede pessoal e na arena pública. “Meus pais sempre fumaram. Ambos morreram com mais de 90 anos. Por que devo me preocupar com isso?”. Argumentos desse tipo, ainda que contrariem as estimativas ortodoxas de risco, têm embutida certa lógica epidemiológica. Ou seja, de uma forma ou de outra, esses argumentos apóiam-se em eventos passados para antever o futuro, ainda que probabilisticamente e ainda que os eventos tenham sido escolhidos intencionalmente. A partir da observação de casos individuais e sua associação a certas circunstâncias do fenômeno, regularidades são identificadas e, então, usadas como hipóteses explicativas, que podem servir tanto para desafiar quanto para apoiar processos etiológicos explicitados pela epidemiologia (Davison, Smith, Frankel, 1991).

‘Epidemiologia leiga’. Essa foi a expressão cunhada por Davison, Smith e Frankel (1991) para descrever o processo pelo qual riscos à saúde são compreendidos e interpretados por pessoas leigas. Ora, ainda que a lógica da epidemiologia possa servir de referência para algumas decisões humanas, a estratificação social e a pluralidade cultural concorrem para a multiplicidade de percepções e atitudes frente ao risco. Assim, a ‘epidemiologia leiga’ pode ser entendida como resultado da interação das crenças empíricas sobre a natureza da doença e dos valores sobre saúde e risco (Allmark, Tod, 2006). Em outras palavras, mais que um construto matemático, o risco é uma construção histórica, social e cultural e, como tal, variável no tempo e no espaço.

Com efeito, as posturas frente ao risco variam consideravelmente. É comum, por exemplo, que se considerem certas prescrições comportamentais exageradas ou mesmo falsas, postura explicada, em parte, pela reação dos profissionais de saúde pública ao ‘paradoxo da prevenção’ (Allmark, Tod, 2006). Segundo esse paradoxo, inicialmente formulado por Rose (1981), “uma medida que traz grandes benefícios para a população pouco oferece a cada participante em particular” (p.1850). Em outras palavras, a redução na incidência de determinada doença é mais expressiva quando indivíduos situados em grupos considerados de baixo/médio risco (que são maioria) modificam seu

comportamento do que quando o fazem indivíduos incluídos em grupos de alto risco. Na prática, porém, os indivíduos do primeiro grupo são, ao mesmo tempo, os que experimentam menos ganhos pessoais e os que mais resistem a mudanças de comportamento. Para superar essa resistência ‘em nome do bem comum’, as recomendações de saúde pública são simplificadas, distorcidas e até mesmo falseadas, mediante a exacerbação dos riscos de determinado comportamento e dos benefícios que se podem obter ao modificá-lo (Davison, Smith, Frankel, 1991; Allmark, Tod, 2006). A substituição do todo pela parte expressa a relação metonímica preferencialmente usada nessas recomendações, por exemplo, “atividade física é saúde”. Além disso, não há como propor recomendações ‘objetivas’ e ‘de rápida assimilação’ que visem à apropriação de informações sem o ‘risco’ da incorporação acrítica de valores (Czeresnia, 2003).

Em outros momentos, as pessoas valem-se da inconstância e da ambigüidade das recomendações de saúde pública para justificar a recusa em adotá-las. O álcool, por exemplo, é ao mesmo tempo glorificado e demonizado (Allmark, Tod, 2006). O ovo, outrora execrado, hoje é venerado: “tido como perigoso durante décadas, o ovo foi reabilitado por pesquisadores do mundo todo. E atenção: ele não aumenta as taxas de colesterol no sangue como se pensava. De quebra, ajuda a emagrecer” (Montenegro, 2007, p.20). Daí o ceticismo, às vezes em tom jocoso, com que indivíduos costumam receber certas recomendações oficiais (Davison, 1989), sobretudo as que maldizem comportamentos considerados prazerosos.

Há ainda decisões que, embora consideradas irracionais e negligentes, fundam-se numa lógica racional, mas que vão de encontro a comportamentos recomendados pela epidemiologia. É o caso, por exemplo, no contexto de países desenvolvidos (é bom frisar), das mães que optam por não vacinar seus filhos. Não há ignorância em suas atitudes, mas, muitas vezes, a ponderação racional dos riscos²² e dos benefícios envolvidos na vacinação (New, Senior, 1991; Lupton, 1995). Uma das justificativas apontadas para a não-imunização apóia-se na probabilidade, ainda que pequena, de a criança vir a sofrer os efeitos colaterais da vacina: “meu filho(a) pode ser um em mil”; “até que encontrem uma vacina segura, 1:300.000 ainda é muito, eu não brincaria de roleta russa com meu filho(a)” (New, Senior, 1991, p.513). Essa lógica, de certa forma, está por trás da decisão do fumante citado anteriormente, embora às avessas. Ou seja, a

²² A tomada de decisões acerca da imunização não é de fácil compreensão. Trata-se de um processo complexo, influenciado por atitudes, experiências anteriores e até mesmo por questões de gênero (New, Senior, 1991). Portanto, não é possível desconsiderar a subjetividade humana como fator influente na adoção de certos comportamentos.

mãe teme que seu filho sofra efeitos colaterais do processo de imunização, embora mínimos probabilisticamente, e o fumante, por sua vez, conta com a mesma probabilidade de não contrair doenças advindas do tabagismo. Ou seja, ambos prendem-se à menor das probabilidades para fundamentar suas decisões.

Entretanto, esse apego à menor das probabilidades nem sempre reflete decisões puramente racionais [aliás, isso seria possível?]. Ao contrário, em geral vem acompanhado de subjetividades e valores, forjados em campos pouco afeitos à ciência. Isso significa que pessoas tomam suas decisões com base numa imbricada trama de condicionantes culturais, sociais, econômicos, psicológicos, o que as faz reagir diferentemente à demonização que recomendações de saúde pública imputam a certos comportamentos. Segundo Allmark e Tod (2006), é possível identificar três categorias de ‘maus’ comportamentos. Alguns são ruins, porque envenenam, apresentando pouca ou nenhuma recompensa evidente. É o caso da ingestão de alimentos contaminados. Outros são ruins, mas, ao mesmo tempo, desejáveis. É o caso de práticas como tabagismo, sedentarismo, e consumo de bebidas alcoólicas, drogas e alimentos ricos em gorduras, cujas recompensas podem vir a ter um peso maior do que os eventuais ganhos em evitá-las. Por fim, há os que são ruins em alguns aspectos e bons em outros. Para algumas pessoas, por exemplo, os benefícios que o fumo traz para a saúde, como a redução do estresse, podem superar seus riscos. A reação à condenação que a saúde pública faz desses comportamentos é mais ambígua para os dois últimos grupos e positiva para o primeiro (Allmark, Tod, 2006). Talvez por isso, a exacerbção dos riscos de determinados comportamentos, não raro chegando às raias da demonização, seja uma característica das recomendações no âmbito da saúde pública. Uma atitude “honestamente desonesta” [*worthy dishonesty*] (Davison, Smith, Frankel, 1991) de induzir as pessoas a mudar seus comportamentos, ou seja, seus estilos de vida.

Com efeito, o discurso dos estilos de vida, fortemente fundado na noção de risco epidemiológico, visa, no fundo, à objetivação da incerteza inerente à condição humana. A iniciativa, porém, não é das mais palatáveis. A idéia de estilo de vida, tomada como hábito facilmente adotável por todos (para o que bastaria força de vontade, independentemente de sua condição social), ao mesmo tempo em que deposita no indivíduo a responsabilidade por sua saúde, negligencia o fato de que suas práticas sociais (especialmente as sexuais) não são adotadas de forma tão racional. Por exemplo, os motivos que levam certos homens a não usar preservativo numa relação sexual com outro homem (ou mulher) e, portanto, a correr o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST), certamente são complexos e subjetivos. Para eles, o uso do

preservativo pode representar desde a falta de amor e confiança na relação a dois até o obstáculo de uma experiência mais estimulante e de uma maior conexão emocional com o parceiro (Funari, 2003). A situação fica ainda mais complicada quando entram em cena certas práticas como o *barebacking*. Embora a expressão signifique ‘sexo sem proteção’ (‘cavalgada sem sela’, numa transcrição literal para o português), ela é mais comumente usada para designar a prática de sexo anal entre homens, sem proteção, em que a escolha do parceiro é aleatória. Essa prática, também comum entre portadores do vírus HIV (Halkitis, Parsons, 2003), tem sérias implicações para as estratégias de prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Como abordado anteriormente, o discurso dos estilos de vida [saudáveis] é constantemente municiado pelos resultados das pesquisas epidemiológicas, apresentados como neutros, objetivos e universais. Some-se a isso o caráter de verdade com que os achados epidemiológicos são divulgados, o que não raro leva a generalizações apressadas e estigmatizantes de minorias, isto é, de grupos considerados de risco. De fato, o discurso do risco é facilmente utilizado como forma de culpar grupos sociais. Homogeneizados em categorias epidemiológicas, os indivíduos têm suas singularidades diluídas em cálculos de probabilidades, riscos e chances populacionais de desfechos, seja de adoecimento ou de morte. E as práticas humanas, por sua vez, são tratadas como fenômenos unidimensionais e fixos, e não fluidos (Lupton, 1995).

Numa linha psicanalítica, Figlio (1989 *apud* Lupton, 1995) argumenta que a descoberta de uma doença em determinado grupo de indivíduos é uma forma de exteriorizar – e, portanto, de dominar – terrores primitivos de uma sociedade. Essa exteriorização é em muito facilitada pela fragmentação da sociedade em grupos de risco, o que promove uma sensação de saúde do corpo social mediante a projeção para esses grupos das ansiedades relativas ao corpo. Da mesma forma que a medicina localiza a doença em certas partes do corpo que, então, passam a ser tratadas com ações punitivas, a saúde pública identifica doenças em grupos sociais específicos. Ambas as estratégias exteriorizam e descentralizam do *Self* a ameaça da doença (Lupton, 1995).

É possível afirmar, portanto, que a estratégia central de se lidar com o risco é a exteriorização, tanto da ameaça propriamente dita, quanto do indivíduo ou grupo considerado mais suscetível a ela (Lupton, 1995). A retórica do risco serve, assim, a diferentes funções políticas, dependendo de quão controlável o perigo seja percebido. Segundo Douglas (1986 *apud* Lupton, 1995), a culpabilização da vítima é uma estratégia que funciona em um tipo de contexto e a culpabilização de um inimigo externo em outro. Ambos os tipos de atribuição do risco servem para manter a coesão da

sociedade, a primeira protegendo o controle social interno e, a segunda, reforçando a lealdade entre os indivíduos, a despeito das diferenças sociais, culturais e econômicas. Como exemplo emblemático da culpabilização e da estigmatização de minorias, posso citar a emergência do que hoje se conhece como SIDA. No início dos anos 80, meses após estudos terem apontado “uma associação entre alguns aspectos de um estilo de vida homossexual ou uma doença adquirida através de contato sexual e *Pneumocystis pneumonia*” (CDC, 1981), homossexuais passaram a ser apontados como um grupo de risco. “Como esses pacientes apresentaram imunidade gravemente comprometida, nós a chamamos de ‘síndrome gay’” [*Gay Compromise Syndrome*], afirmaram Brennan e Durack (1981, p.1338). Assim, não tardou para que essa expressão (Oswald *et al.*, 1982), assim como a associação entre homossexuais e a referida síndrome, aparecessem tanto em periódicos (Gerstoft *et al.*, 1982) como na mídia impressa (Altman, 1981; 1982a; 1982b).

À época, quais terão sido os desdobramentos para os homossexuais das seguintes reportagens: *Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals* (Altman, 1981); *New Homosexual Disorder Worries Health Officials* (Altman, 1982a); e *Clue Found on Homosexuals’ Precancer Syndrome* (Altman, 1982b), todas publicadas no *New York Times*? Ainda mais problemático, que subjetividades e práticas foram produzidas nas mais diferentes platéias, inclusive na de cientistas, com a [precoce] cunhagem da expressão *Gay-Related Immunodeficiency* (GRID) e sua adoção pela mídia estadunidense (Altman, 1981; 1982a; 1982b) para se referir à síndrome que surgia à época? Além disso, essa e outras expressões adotadas como sinônimas – *Gay Cancer*, *Gay Plague* (Cullen, 2003; Fisher *et al.*, 1998) – teriam sido produzidas sem nenhum julgamento moral por parte dos pesquisadores, humanos que são? Que subjetividades e práticas foram produzidas a partir da divulgação midiática de que “não havia perigo aparente de contágio para não-homossexuais” (Altman, 1981)? De que “a melhor evidência contra o contágio [...] [era] a inexistência de casos reportados até [aquele] momento fora da comunidade de homossexuais e em mulheres” (Altman, 1981)?

Difícil negar que a associação entre a síndrome e a homossexualidade nem tenha sido influenciada por valores morais, nem direcionado o foco de pesquisas subseqüentes sobre o assunto. De fato, os epidemiologistas foram buscar respostas nos comportamentos e nos estilos de vida comuns aos homens *gays*. Segundo Fee e Krieger (1993), fascinados pelos detalhes do comportamento homossexual masculino, os pesquisadores inicialmente ignoraram os casos de SIDA que não se enquadravam no modelo da ‘peste gay’ (como os ocorridos entre mulheres e usuários de drogas

injetáveis), considerando mentirosos os homens que, contaminados, negavam práticas homossexuais.

Há, sem dúvida, diferenças entre a noção de risco epidemiológico e a de pessoas leigas. No primeiro caso, o risco descreve relações objetivas, impessoais e quantitativas, que reduzem a causa da doença a um único ou a uma combinação de fatores, cujos efeitos podem ser descritos numa relação de causalidade semelhante ao modelo biomédico (Lupton, 1995). A interpretação que as pessoas leigas fazem do risco epidemiológico, por sua vez, é fortemente condicionada pelo contexto sociocultural. Elas não vêem o risco como probabilidades estatísticas objetivas, mas o percebem subjetivamente com base em suposições ontológicas e cosmológicas (Lupton, 1995). De fato, essa diferenciação é importante de ser feita, até mesmo para se tentar entender o fracasso de certas prescrições comportamentais emanadas da saúde pública.

Não se pode esquecer, entretanto, que epidemiologistas não são extraterrestres, nem pairam acima do bem e do mal. Como todo ser humano (às vezes é bom lembrar), são sujeitos datados historicamente, que sofrem determinações sociais, culturais e, portanto, carregam consigo subjetividades, valores e interesses que, se não podem ser devidamente apreendidos pelo método epidemiológico, interferem na construção de seu objeto de estudo. Nesse sentido, pode-se dizer que a epidemiologia leiga é diferente e, ao mesmo tempo, igual à epidemiologia dita científica (Allmark, Tod, 2006). Isto é, elas não se excluem mutuamente. Pelo contrário, estão fortemente imbricadas e se condicionam reciprocamente.

É nessa linha de raciocínio que se baseia, em maior ou menor grau, a perspectiva sociocultural do risco, segundo a qual o ser humano e o mundo social existem numa relação de determinação recíproca, e o risco nunca é totalmente objetivo, nem passível de ser conhecido fora do sistema de crenças e valores morais (Lupton, 2004). Em que pesem esses pontos em comum, a perspectiva sociocultural pode ainda ser subdividida em outras duas (Lupton, 2004) que refletem, no fundo, diferentes posições epistemológicas acerca do risco. Apesar das limitações de toda classificação e esquematização, até mesmo porque algumas abordagens do risco podem combinar mais de uma perspectiva, a Figura 6 ajuda a situar as diferenças entre as perspectivas realista e sociocultural – e as subdivisões dessa última, em construcionista fraca e forte – em relação à objetividade do risco e às abordagens de Promoção da Saúde.



Figura 6 – Continuum de perspectivas epistemológicas do risco e sua relação com abordagens de Promoção da Saúde (inspirada no quadro apresentado por Lupton (2004, p.35).

No extremo do continuum figura a *perspectiva realista* que, como vimos, percebe o risco como produto de probabilidades e de eventos adversos, fenômeno que pode ser racionalmente calculado e objetivamente identificado na natureza. Nessa perspectiva, os riscos, que estão camuflados na natureza aguardando serem descobertos pelo Homem, são representados como verdade objetiva e universal. A mensuração, por exemplo, de que o risco de uma pessoa sedentária sofrer um enfarte é de 34% é o suficiente para dar origem a prescrições comportamentais para todas as audiências, independentemente dos condicionantes sociais, culturais, econômicos, políticos. É nessa perspectiva que se enquadra a abordagem comportamentalista/conservadora de Promoção da Saúde.

Numa posição mais intermediária do continuum, figura a perspectiva *construcionista fraca*. Segundo essa perspectiva, riscos são mediações culturais de perigos e ameaças ‘reais’. Ou seja, o risco continua sendo tomado como fenômeno objetivo, passível de ser submetido à racionalização matemática, mas que não pode ser conhecido isoladamente dos processos sociais, culturais e políticos (Lupton, 2004). Em outras palavras, riscos são quantificações de perigos e ameaças, que só podem ser realmente conhecidos quando submetidos ao crivo dos condicionantes socioculturais. Nesse caso, a mensuração de que o risco de uma pessoa sedentária sofrer um enfarte é de 34% não vale por si só. Sem considerar o contexto social e cultural, corre-se o risco de culpabilizar pessoas com recomendações impossíveis de serem seguidas. É nessa

perspectiva que se enquadra a abordagem socioambiental (socioecológica) de Promoção da Saúde ou, como é mais conhecida, a ‘Nova Promoção da Saúde’.

Essa relativização do risco é ainda maior na perspectiva *construcionista forte*, segundo a qual nada é um risco em si mesmo. A mensuração de riscos é, em última análise, um processo social. Riscos só existem a partir da ação humana que é, invariavelmente, social. Ou seja, somos, antes de tudo, seres sociais. Essa é, portanto, a idéia suprema da perspectiva construcionista forte: o risco é socialmente construído. Isso significa dizer que qualquer coisa pode se constituir um risco (Lupton, 2004). Para que ganhe vida, porém, é necessário que atores sociais o reconheçam e o rotulem como tal. Esse reconhecimento, entretanto, não é uma simples interpretação cultural de perigos objetivos, como na perspectiva construcionista fraca. Para a perspectiva forte, certos riscos em determinado contexto histórico ou cultural podem não ser considerados como tal em outro contexto (Lupton, 2004). Sendo assim, para a perspectiva forte, tanto faz se o risco de uma pessoa sedentária sofrer um enfarte é de 34, 46 ou 57%, assim como é irrelevante fazer a distinção entre riscos ‘reais’ e falsos. Para essa perspectiva, de inspiração pós-estruturalista, importa mais dissecar e compreender criticamente o processo de construção de riscos, forjados que são em determinados contextos sociais, culturais e históricos. Importa mais explicitar que forças atuam na construção de distintas noções de risco. Interessa mais saber como se estruturam certos discursos sobre o risco e porque uns prevalecem em detrimento de outros. Interessa mais saber que sujeitos são forjados por meio dos discursos sobre o risco. Essas são questões sobre as quais deve se debruçar a Promoção da Saúde numa perspectiva crítica.

Por fim, devo dizer que importa muito adotar uma postura vigilante acerca das diferentes roupagens que a Promoção da Saúde pode assumir. O mesmo vale para o risco. Sobretudo nos dias de hoje, em que, na esteira da racionalidade epidemiológica, são cada vez mais numerosas as iniciativas de medição, avaliação e controle dos riscos. Ora, afinal, vivemos na sociedade do risco (Beck, 1992). É ingênua e ilusória, no entanto, a pretensão de total controle dos riscos potenciais à saúde. Primeiro, porque as decisões humanas não são pautadas em critérios exclusivamente racionais. Segundo, porque, como o risco é socialmente construído, seu significado sempre variará no tempo e no espaço. E, terceiro, porque é um discurso que corre infinitamente atrás do próprio rabo. Afinal, qual seria o risco de se considerar ‘todos’ os riscos (ainda que isso fosse possível)? Trata-se, pois, de um discurso que, no limite, é contrário à vida que, para ser vivida, implica riscos. Some-se a isso, finalmente, o papel paradoxal da ciência, que, se por um lado, possibilitou avanços tecnológicos e um relativo controle das incertezas do

mundo atual, por outro, gerou ainda mais incertezas e riscos. Hoje, portanto, talvez mais do que nunca, se “navegar é preciso, viver [definitivamente] não é preciso”...

Desmedicalização

O modelo biomédico é expressão da visão mecanicista de vida que norteia as ciências biológicas a partir do século XVII, período marcado pela influência das idéias renascentistas e, sobretudo, pelo dualismo cartesiano. É nesse contexto que objetividade e racionalidade povoam o corpo humano e marcam a ruptura entre a medicina que se ocupava da vida e a medicina que, então, passava a focar e a tratar a doença. Um século antes, com a emergência da moderna Anatomia, o corpo humano já ganhava, “no desenho preciso e na descrição detalhista, a objetividade do olhar que viu, na dissecação dos cadáveres, a forma verdadeira dos órgãos e das veias” (Luz, 2004, p.119). O ser humano, até então compreendido integralmente, começava a ser fragmentado pela ciência médica e cada um dos componentes dessa unidade vai paulatinamente ganhando autonomia (Okay, 1984).

Concomitantemente à separação entre corpo e mente, a concepção mecanicista da vida imputa ao organismo humano uma lógica maquinal, segundo a qual o pleno funcionamento das partes (órgãos, tecidos, células) depende do bom funcionamento entre elas e de seus respectivos mecanismos biológicos. Ou seja, pensar o corpo humano na perspectiva do modelo biomédico significa entendê-lo como uma máquina, cujo funcionamento depende essencialmente dos processos biológicos, explicados, sobretudo, por fenômenos físico-químicos. O relógio e suas engrenagens são uma boa analogia para essa lógica mecanicista. Nessa perspectiva, não há espaço para a subjetividade, o social, o psicológico. Doenças são interpretadas como resultado de processos degenerativos do organismo humano, da invasão de agentes biológicos, físicos ou químicos, ou de falha em algum mecanismo regulatório (Koifman, 2001). Em suma, doenças são avarias na máquina humana.

A emergência do diabetes exemplifica bem essa lógica mecanicista. Em 1889, Minkovsky e Mering descobrem o papel do pâncreas na gênese do diabetes. Em 1909, nota-se que a substância produzida pelo pâncreas, denominada insulina, é capaz de reduzir a glicemia. Em 1921, Banting e Best conseguem isolar e extrair a insulina do pâncreas de animais e, em 1922, passam a usá-la no tratamento do diabetes (Delfino, Mocelin, 1997). Ou seja, o raciocínio é o seguinte: a deficiência de uma peça (pâncreas) da ‘máquina’ provoca a doença (diabetes) que, no entanto, pode ser ‘curada’ pelo emprego de uma substância específica (insulina). Essa lógica mecanicista e biologicista, ainda que em muitos casos seja eficaz para a redução de efeitos patológicos, não leva

em conta a complexidade etiológica das doenças. Não fosse assim, como explicar, por exemplo, a crescente incidência de diabetes no mundo, sobretudo em crianças²³, sem levar em conta outros fatores que podem influenciar o desenvolvimento da doença, como as excessivas industrialização e carga calórica dos alimentos, e o contexto socioeconômico que induz certos hábitos alimentares e gera ansiedades das mais diversas ordens?

Portanto, segundo a ótica biomédica, o corpo humano se torna a *sede* das *doenças* que, por sua vez, tornam-se *entidades patológicas* (Luz, 2004). A medicina transforma-se gradativamente em um discurso disciplinar sobre a doença (Luz, 2004) e, como tal, passa a ser a principal referência para o campo da saúde. Esse processo, porém, não se deu sem repercussões. Uma delas foi o crescente distanciamento entre médico e paciente. A atenção do médico deslocou-se do paciente para a doença, da história e subjetividades do doente para os exames laboratoriais capazes de detectar desvios de norma, isto é, doenças. Ora, o que esperar dessa perspectiva, senão a compreensão da saúde como ausência de doenças?

Nessa perspectiva, a doença ganha vida própria como entidade patológica. O maior exemplo dessa separação entre doença e doente se expressa na criação de um Código Internacional de Doenças (CID), formulado a partir de uma racionalidade anátomo-clínica fundada na enumeração e na quantificação de sinais e sintomas. A classificação final de uma doença se dá com base em curvas de normalidade traçadas para determinada população. Os valores próximos aos da média populacional são considerados ‘normais’, enquanto que os localizados nos extremos da curva são caracterizados como ‘desviantes’, ‘fora do padrão de normalidade’ ou, até mesmo, ‘patológicos’. A primeira classificação de doenças, elaborada em bases estatísticas, foi proposta em 1855, por William Farr, no Segundo Congresso Internacional de Estatística. Todavia, uma classificação internacional de doenças só foi aceita universalmente em 1900, na forma de uma ‘Lista Internacional de Causas de Morte’. De lá pra cá, revisões decenais têm sido feitas com o propósito de contemplar os progressos médicos e estatísticos (Moriyama, 1966). Trata-se, portanto, de uma definição de doença do ponto de vista da ciência, que é a do médico, e não a do doente. Trata-se de uma perspectiva que admite a universalidade da doença e conforma a medicina como prática impessoal e excessivamente técnica, não por acaso, marcas da ciência positivista.

²³ Em 2004, estimava-se que mais de 171 milhões de pessoas no mundo eram diabéticas (WHO, 2004a).

Na prática, o modelo biomédico alia biologia e medicina, numa abordagem mecanicista, como ferramentas essenciais para a solução de problemas no campo da saúde, além de disseminar o fenômeno da *medicalização*. Mas o que vem a ser *medicalização*? Apesar de não constar em consagrados dicionários da língua portuguesa (Houaiss, Aurélio e Michaelis), o vocábulo *medicalização*²⁴ é recorrentemente empregado na literatura científica para se referir, grosso modo, à intervenção da medicina no tratamento de questões sociais. Além disso, a medicina tende a tratar as doenças como fenômenos essencialmente biológicos (*biologização*), o que não quer dizer que ela não reconheça as determinações sociais da doença. No entanto, quando não as deixa de lado, confere-lhes papel secundário, interpretando-as como conseqüências da doença, evento biológico. A afirmação de que determinado distúrbio orgânico é de ‘origem nervosa’ (ou, como é comum ouvir, de ‘fundo nervoso’) pode ser lida como um eufemismo do papel dos determinantes sociais no desenvolvimento do distúrbio em questão. Ou, ainda, como a individualização de um problema social, já que o ‘fundo nervoso’ está muito mais para a pessoa do que para a coletividade. Também é comum identificar o processo inverso. Ou seja, a priorização do distúrbio orgânico, per se, como o gerador de tensões nervosas e, por conseguinte, sociais.

De modo simples, pode-se dizer que o processo de *medicalização* centra-se na *biologização* do social, o que não implica a aceitação da biologia e da sociologia como ciências mutuamente excludentes. Trata-se de algo complexo, já que a compreensão de fenômenos cuja multiplicidade de determinações e interfaces é tão vasta impede, de antemão, qualquer tipo de simplificação ou de priorização de determinada ciência para sua explicação definitiva. Em outras palavras, a *medicalização* expressa a intenção, consciente ou não, de oferecer explicações fundadas na biologia para responder inequivocamente a questões eminentemente sociais. Assim como a sociologia não pode explicar adequadamente os processos biológicos envolvidos num parto, a representação conferida a esse fenômeno por indivíduos e coletividades não pode ser explicada exclusivamente pela biologia. Embora de diferentes naturezas, o parto, a SIDA e o sedentarismo são fenômenos sociais, culturais e biológicos, simultaneamente. Fatores condicionantes coexistem e exercem múltiplas influências, cujo resultado final é impossível de ser previsto. A ambivalência, portanto, deve ser fortemente considerada para a análise dessas e de outras questões.

²⁴ Embora ‘*medicalização*’ seja um anglicismo de ‘*medicalization*’ (que, por sua vez, teria em ‘*medicação*’ sua melhor tradução para a língua portuguesa), é o termo que freqüentemente vem sendo adotado na literatura sobre o tema, motivo pelo qual o adoto neste texto.

A *medicalização*, conceito desenvolvido por Zola (1972; 1978a), expressa a assunção da medicina como instrumento de controle social, “como novo repositório da verdade, [como esfera] na qual julgamentos absolutos e freqüentemente decisivos são feitos por expertos que se supõem moralmente neutros” (Zola, 1972, p.487). De acordo com esse autor, o processo de medicalização se dá por quatro vias principais:

“(a) expansão do que na vida é considerado relevante para a boa prática da medicina; (b) retenção do absoluto controle sobre certos procedimentos técnicos; (c) retenção do acesso quase absoluto a certas áreas tabus; (d) expansão do que em medicina é considerado relevante para a boa prática da vida” (Zola, 1972, p.492-493).

Essas vias, na prática, não se excluem mutuamente; ao contrário, se interpenetram. Com a superação do modelo da etiologia específica, segundo o qual cada doença teria uma causa única e perfeitamente determinada, por um modelo multicausal, outros elementos, além dos sintomas físicos, passaram a ser relevantes para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, como o conhecimento dos medos, hábitos e idiossincrasias do cotidiano do paciente. A prevenção, antes alocada num único fator causal, se espalha pela vida. Legitima-se, assim, o poder da medicina de intervir nas diversas esferas da vida humana para prescrever *o quê* e *como* fazer para se prevenir de moléstias e outros eventos considerados por seus representantes como prejudiciais à saúde. A idéia implícita é a de antecipação do evento mórbido; expediente, por sinal, comum na modernidade.

Em geral, essa sub-reptícia invasão da medicina é inadvertidamente aceita pelas pessoas, a ponto de passarem a regular boa parte de suas vidas de acordo com as prescrições médicas. Comportamentos ‘de risco’ são elencados e desaconselhados (quando não proibidos) no tocante à alimentação, atividade física, sexo, entre outras práticas. O fiel cumprimento dessas prescrições pela incauta maioria leva, no limite, a situações esdrúxulas, algumas das quais vêm sendo reportadas por literatos brasileiros, que costumeiramente adotam uma postura crítica diante dos fatos do cotidiano, como o poeta Ferreira Gullar²⁵ e o escritor João Ubaldo Ribeiro²⁶.

Embora o fenômeno da medicalização seja visto como a ingerência da medicina noutros campos do saber e, sobretudo, em questões essencialmente sociais, não raro é também citado como a elevada dependência dos indivíduos e da sociedade da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intenso

²⁵ Vide Gullar F. Ferreira Gullar. São Paulo: Global; 2004.

²⁶ Vide Ribeiro JU. Grande Qualidade de Vida. Jornal O Globo 2003; 6 jul.

(Barros, 2002). Todavia, o fenômeno da medicalização também é interpretado como a disseminação de uma das práticas-símbolo da medicina: o uso de medicamentos como principal estratégia para o tratamento de doenças. Segundo a lógica biomédica, os medicamentos ‘consertam’ ou ‘minimizam’ as falhas nas ‘peças’ da máquina humana, fazendo com que ela volte a funcionar satisfatoriamente. Antes do remédio, porém, é necessário que exista a doença, entidade patológica identificada em dissonâncias de padrões biológicos de normalidade.

Muitas doenças, sobretudo as infecto-contagiosas, são conhecidas da humanidade desde a emergência da teoria da etiologia específica. Outras, nunca antes imaginadas como tal, agora o são. Por exemplo, a ‘compulsão por comida’ e o ‘assalto noturno à geladeira’ [do inglês ‘*Binge Eating Disorder*’ e ‘*Night Eating Syndrome*’, respectivamente] são, hoje, comportamentos considerados doenças (Stunkard, Allison, 2003; Birketvedt, Sundsfjord, Florholmen, 2002; Birketvedt *et al.*, 1999), a ponto de o primeiro já constar no ‘Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais’ da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (Stunkard, Allison, 2003) e o segundo ter sua inclusão defendida por alguns autores (Gluck, Geliebter, Satov, 2001). Considerados doenças pela ciência, comportamentos são apresentados ao público dentro da mais notável lógica biomédica. Por exemplo, recentes pesquisas realizadas por fisiologistas noruegueses sugerem que o ‘assalto noturno à geladeira’ não é produto de um apetite insaciável, mas sim de uma **“falha do corpo humano em responder adequadamente ao estresse [grifo meu]”** (American Physiological Society, 2002).

Afora a centralidade do indivíduo subjacente ao argumento científico, o caráter fluídico e fugidio da entidade ‘estresse’ não parece inibir o arroubo da ciência em domesticá-lo, uniformizando-o em categorias epidemiológicas (Castiel, 2005). Mais que isso, importa aqui assinalar a lógica biomédica explicitada no destaque conferido à incapacidade de o corpo humano responder apropriadamente ao agente agressor (estresse), normalmente tratado como algo natural. Dentro dessa lógica, para o conserto das falhas na máquina humana são advogadas mudanças comportamentais como remédio. Esse encaminhamento, a meu ver, deve-se muito ao fato de os comportamentos e conhecimentos de risco epidemiológico servirem de ponto de partida para a elaboração de estratégias preventivas, mesmo quando se procura levar em conta os condicionantes socioeconômicos, políticos e culturais (Castiel, 1999).

De fato, essa tem sido a ênfase, a despeito do papel determinante desses condicionantes no surgimento e desenvolvimento de muitas doenças. Por exemplo, o declínio na mortalidade de doenças como tuberculose e coqueluche, antes mesmo da

descoberta de seus agentes etiológicos, é atribuída à melhoria nas condições ambientais, de alimentação e de proteção à saúde (McKeown, 1979) (Figuras 7 e 8). Ainda que as proposições de McKeown (1979) tomem como foco a medicina e a necessidade de haver um maior equilíbrio entre a prevenção, a cura e o tratamento de doenças, abordagem semelhante à do Informe Lalonde, suas análises apontam, inequivocamente, para a importância dos condicionantes socioeconômicos no *status* de saúde de um povo. Eu diria, em outras palavras, que avanços significativos no campo da saúde só são possíveis com a redução da pobreza e a distribuição mais igualitária para seu povo da riqueza produzida por um país.

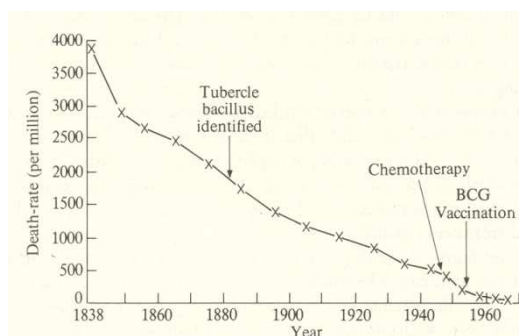


Figura 7 - Tuberculose respiratória: taxa média de mortalidade anual (padronizada para a população de 1901): England and Wales (Fonte: McKeown, 1979, p.92).

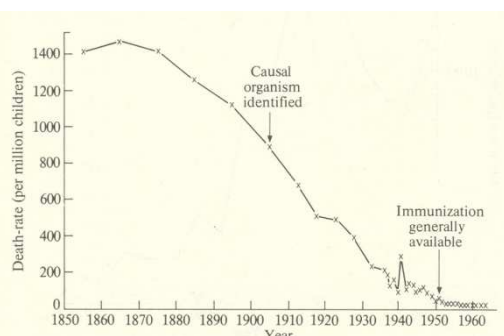


Figura 8 - Coqueluche: taxa de mortalidade de crianças menores de 15 anos: England and Wales (Fonte: McKeown, 1979, p.103).

Não obstante, a importância da influência dos macro-condicionantes no *status* de saúde das populações não vem se equiparando à conferida pela epidemiologia aos condicionantes comportamentais, ligados à noção de estilo de vida. Não pela limitação de se apreender a imbricada interrelação dos macro-condicionantes em variáveis quantitativas discretas (o que também se aplica aos condicionantes comportamentais), mas, sobretudo, pelas características das recomendações feitas a partir dos achados epidemiológicos. Uma vez que advogam mudanças comportamentais individuais fundadas no poder da informação, ações e iniciativas concebidas com base em estudos focados em comportamentos de risco suscitam, ao menos superficialmente, muito menos conflitos de interesse entre os diferentes grupos e classes sociais. Daí, a meu ver, a preponderância dessas iniciativas em políticas governamentais em comparação com outras mais radicais, o que garante projeção midiática, apesar de resultados práticos duvidosos.

Se já são reduzidas as expectativas de mudança comportamental com base em conhecimentos de risco epidemiológico, essa via cognitivista também é limitada em subsidiar o exame crítico dos condicionantes sociais, econômicos, culturais e subjetivos(!) do aparecimento e desenvolvimento de doenças. Hoje, por exemplo, pouco

se discute os fatores que levaram à ressurgência da dengue no Brasil. Erradicada do território brasileiro desde o início dos anos 20, a dengue reaparece em 1981, em Boavista, Roraima e na região amazônica e, quatro anos depois, na região sudeste (Figueiredo, 1998). Centradas na provisão de informações e em mudanças comportamentais, as estratégias brasileiras de controle e erradicação da dengue evidenciam mais o papel do indivíduo no controle da epidemia e menos o do poder público.

O mesmo se aplica às estratégias de prevenção do câncer, que visam muito mais instruir as pessoas sobre as escolhas que podem fazer para reduzir o risco de desenvolvimento da doença (World Cancer Research Fund, 2007) do que levá-las a refletir sobre os macro-condicionantes que levam ao câncer. Como citado anteriormente, qual será a participação no desenvolvimento do câncer de um contexto socioeconômico adverso, que gera ansiedade, tensões e certos hábitos alimentares? E do crescente processo de industrialização dos alimentos, marcado, por um lado, pelo expressivo aporte calórico e, por outro, pelo uso indiscriminado de aditivos químicos, tanto para preservá-los como para reduzir-lhes as calorias? (Bontempo, 1985²⁷).

A meu ver, estratégias preventivas, numa abordagem crítica, devem trazer à tona essas e outras discussões que ajudem as pessoas a compreender os fenômenos de forma mais ampla e contextualizada. Não que iniciativas que visem mudanças comportamentais não tenham lugar no amplo espectro de possibilidades de ação preventiva. Há, porém, que se assinalar – e superar – a insuficiência das recomendações geradas no arcabouço epidemiológico, a problemática produção de subjetividades a partir dessas recomendações e a precariedade do uso de metonímias como mensagens de saúde pública.

Há, portanto, que se rever estratégias preventivas que, fundadas no modelo biomédico, consideram saúde como ausência de doenças e, assim, vêem descompassos do organismo como ‘avarias’ da máquina humana, como escapes da normalidade. Quando as ‘avarias’ estão estatisticamente associadas a certos comportamentos, então esses tendem a ser instituídos como doenças, do que decorre um afã na busca de associações com outras variáveis, o que acaba gerando um ciclo vicioso. A síndrome do ‘assalto noturno à geladeira’, por exemplo, é associada à depressão, à baixa auto-estima e à elevada ingestão de alimentos no final do dia (Gluck, Geliebter, Satov, 2001). Sob a

²⁷ Ainda que numa abordagem essencialmente individual e biomédica, essa obra tem o mérito de denunciar os interesses comerciais que estimulam os usos (e abusos) de aditivos químicos em nome do lucro da indústria alimentícia.

perspectiva biomédica, não é de se estranhar que medicamentos contra depressão sejam receitados como forma de corrigir as falhas da ‘máquina’ humana em lidar com o estresse, fenômeno ambíguo e subjetivo. Essa é a prática mais comum, ainda que seja difícil estabelecer a relação de causalidade entre as variáveis e apreendê-las por meio do dispositivo científico (Castiel, 2005).

A mesma lógica vale para outros comportamentos. O sedentarismo, por exemplo, agora é considerado doença (Booth, Krupa, 2001; McNeil, 2003; Lees, Booth, 2004; Katzmarzyk, 2004; Lees, Booth, 2005). ‘Síndrome da Morte Sedentária’ [*Sedentary Death Syndrome*] foi o termo proposto por Booth e Krupa (2001) para designar a entidade emergente das desordens ocasionadas pelo estilo de vida sedentário que, em última análise, está associada a doenças crônicas e resulta em uma mortalidade aumentada (Booth, Chakravarthy, 2002). Tal postulado apóia-se na idéia de doença como a condição do corpo humano, de seus sistemas, partes ou órgãos, na qual suas funções vitais estão interrompidas ou comprometidas, seja por fatores endógenos ou exógenos. Desse modo, as disfunções causadas pelo sedentarismo são apontadas como justificativa para percebê-lo como doença. Dentro dessa linha de raciocínio, nitidamente afeita ao modelo biomédico, autores (Lees, Booth, 2005; Booth *et al.*, 2000) criticam ainda a adoção de sedentários como grupo controle de estudos clínicos, uma vez que, para eles, o sedentarismo não deveria ser visto como a condição fisiológica normal. Afirmam também que conceber o sedentarismo como padrão de normalidade induz perceber a prática da atividade física como algo ‘anormal’, como uma ferramenta para a cura, como “uma inconveniência, em vez de um estímulo necessário à manutenção das funções fisiológicas normais ditadas pela genética humana” (Lees, Booth, 2005, p.77).

Além de tratarem o sedentarismo e, por extensão, a prática da atividade física como fenômenos essencialmente biológicos, desconectados do contexto socioeconômico, político e cultural, Lees e Booth (2005) suscitam um debate sobre a adoção de sedentários como grupo controle em estudos clínicos que, a meu ver, desvia a atenção do que realmente defendem: o sedentarismo é uma doença e a atividade física, por conseguinte, o remédio. De fato, a referência à prática da atividade física como remédio pode ser identificada em diferentes veículos de comunicação, tanto científicos quanto destinados ao público em geral (Cooper, 1992; Gallo Junior *et al.*, 1995; Oberg, 2007; Araújo, 2007; Atividade Física é o Melhor Remédio, 2007).

Ora, conceber a atividade física como remédio é acatar, de uma vez por todas, a malignidade do sedentarismo – ou alguém toma remédios para se livrar de algo considerado bom? É simplificar a prática da atividade física à limitada relação

associativa com estados considerados patológicos, que se escora na noção de saúde como ausência de doenças. Por fim, mas não menos preocupante, considerar a prática da atividade física como remédio é destituir-lhe seu caráter hedonístico, inserindo-a numa lógica pragmatista. Remédios são amargos e utilizados para aplacar doenças. O prazer, portanto, não pode ser-lhes inerente, mas, no máximo, um aposto. Assim como é comum reduzir-se o amargor de um remédio diluindo-o em substâncias doces ou antevendo a cura da doença, não raro busca-se a motivação para a prática da atividade física em outro lugar que não nela própria. Quantas pessoas, quando indagadas sobre o que as faz praticar atividades físicas, responderiam “porque eu gosto”? Assim, a patologização do sedentarismo (e, por conseguinte, a prescrição da atividade física como remédio) e sua associação a inúmeras outras variáveis biológicas servem pouco à promoção da atividade física como prática hedonística e muito à expansão dos domínios da medicina em direção ao cotidiano. É uma forma de incluir determinadas práticas sob sua responsabilidade ‘técnica’, uma vez que, legalmente, apenas à medicina cabe a prescrição de drogas.

Mas não é apenas o comportamento avesso à atividade física que é considerado doença. A prática contínua e intensa de atividades físicas, num nível de exigência que desconsidera eventuais conseqüências ou contra-indicações dessa demasia, também hoje é considerada uma patologia: ‘dismorfia muscular’ [*muscle dysmorphia*], uma subcategoria do transtorno dismórfico corporal [*body dysmorphic disorder*] (Leone, Sedory, Gray, 2005; Assunção, 2002; Choi, Pope, Olivardia, 2002; Phillips, Castle, 2001). Os ‘dismórficos musculares’, apesar de magros e musculosos, vêm-se em condição diametralmente oposta. Para superar essa condição, praticam exercícios físicos compulsivamente, especialmente os que promovem o ganho de força e de massa muscular. Além desses aspectos, dois dos quatro critérios seguintes devem estar presentes para caracterizar a síndrome da dismorfia muscular: o indivíduo (a) prioriza o programa de treinamento, em detrimento de sua carreira e de outras atividades sociais; (b) evita situações que envolvem a exposição do corpo, mas, quando isso não é possível, manifesta desconforto e preocupação; (c) tem seu desempenho no trabalho e na vida privada afetado pelas deficiências corporais presumidas; e (d) não se sente desencorajado a continuar envolvendo-se em práticas perigosas, apesar dos potenciais efeitos deletérios do programa de treinamento a que se submete (Leone, Sedory, Gray, 2005). Com a concepção dessas duas novas ‘síndromes’, tanto o excesso quanto a insuficiência de prática de atividades físicas passam a ser assunto da medicina.

A acepção do termo *desmedicalização* exprime, claramente, a idéia de separação, de afastamento da medicina. Para alguns autores (MacDonald, 1998; Raeburn, 1992), a Promoção da Saúde é uma das primeiras iniciativas no campo da saúde que se caracteriza pela emancipação da dominação médica. De fato, essa é uma das marcas de um dos documentos seminais da Promoção da Saúde, o Informe Lalonde, adotado como referência para a reestruturação do sistema de saúde canadense, de base eminentemente curativa, para outra de caráter mais preventivo. No Informe, a vinculação do ‘campo da saúde’ à biologia humana, ambiente e estilos de vida, além do sistema de saúde propriamente dito, essencialmente ligado à cura de doenças, esboçava a idéia de que o médico não devia ser tratado como o único profissional de saúde, noção que, ainda que timidamente, seria reiterada, anos depois, no documento da OMS sobre os princípios básicos da Promoção da Saúde (WHO, 1984) (vide p.20, item 5). Com efeito, esse foi o significado atribuído à *desmedicalização* quando despontava como uma das idéias centrais da Promoção da Saúde.

Mais recentemente, porém, há esforços de se posicionar a Promoção da Saúde em oposição crítica à medicalização da vida social e em defesa do engajamento político em torno de relações sociais mais equitativas (Marcondes, 2004). Trata-se de empreendimento deveras pertinente, uma vez que o Informe Lalonde, ao tomar a Promoção da Saúde como estratégia para mudanças de estilos de vida, ao mesmo tempo em que tira a medicina da posição de destaque no sistema de saúde, a transfere para outro lugar: o cotidiano. Desse modo, a vida passa a ser regulada de acordo com as prescrições médicas e as pessoas tornam-se fiscais de si mesmas. Essa ‘cotidianização’ da medicina é defendida pelo próprio Marc Lalonde, quando discorre sobre as possibilidades de o médico e a Promoção da Saúde contribuírem para a redução dos custos da saúde; aliás, diga-se de passagem, a principal motivação da reforma do sistema de saúde canadense.

“O médico também tem uma posição de destaque como cidadão. Pode levar sua *expertise* para as ruas. Não deve restringir sua atuação aos comitês e conselhos de saúde, mas sim compartilhar seu conhecimento e experiência em *talk shows*, mesas redondas e grupos de cidadãos ativistas” (Lalonde, 1977, p.1045).

A idéia de *desmedicalização*, portanto, pode ser vista sob duas perspectivas (Lupton, 1997; Camargo Junior, 2007). Numa perspectiva ortodoxa, os esforços de *desmedicalização* concentram-se na redução do poder médico em favor das pessoas leigas, de modo a torná-las mais autônomas. Os adeptos dessa crítica, de forte

inspiração liberal humanista (Lupton, 1997), parecem ver o *empowerment* como um dos meios de se obter essa transferência de poder.

Já para os críticos de inspiração foucaultiana, a perspectiva ortodoxa de desmedicalização representa, na prática, uma medicalização ainda maior, já que desloca as questões médicas para o dia-a-dia. Nesse processo de ‘salutarização’ do cotidiano, expressão cunhada por Zola (1978b), a noção de auto-cuidado se destaca entre as estratégias de Promoção da Saúde. Assim, sob a égide da expressão ‘estilo de vida’, mudanças comportamentais individuais são, apesar da complexidade etiológica das doenças, coercitivamente indicadas à população como a solução para seus problemas de saúde, contribuindo sobremaneira para a despolitização do cotidiano. Cai-se, assim, num ciclo vicioso que serve apenas à medicalização da vida. Para superar esse estado de coisas, Lupton (1997) sugere que se busquem respostas na irracionalidade e nos aspectos contraditórios da relação que leigos estabelecem com médicos; e que se dê maior atenção à forma pela qual os discursos sobre o corpo, a medicina e os cuidados com a saúde são reconhecidos, ignorados, contestados, traduzidos e transformados no contexto da experiência diária. A meu ver, esse é o caminho a ser seguido pelos que buscam construir uma perspectiva crítica de Promoção da Saúde.

Bem, em resumo, vimos que a idéia de *desmedicalização* pode assumir diferentes matizes, indo da crítica ao médico como único profissional responsável pela saúde a algo mais sofisticado, a crítica à ‘salutarização’ do cotidiano como forma de controle social. Enquanto a primeira crítica avança pouco na direção da mudança, a segunda pode com ela contribuir na medida em que lhe serve de ponto de partida. A dubiedade, porém, não é marca exclusiva da noção de *desmedicalização*, também acompanha outras idéias-chave da Promoção da Saúde. É o que discutirei a seguir, ao tratar do *empowerment*.

Empowerment

Ao *empowerment*, considerado ângulo da Promoção da Saúde (Carvalho, 2004b; Gohn, 2004; WHO, 1998a; WHO, 1991; WHO, 1986; MacDonald, 1998; Labonte, 1994a; Robertson, Minkler, 1994), são atribuídos vários significados (Carvalho, 2004b; Gohn, 2004; Robertson, Minkler, 1994): de algo a ser superado em prol da transformação (Carvalho, 2004b) a uma forma de se mascarar a convivência com a atual forma de economia política e capitalismo de consumo (Stotz, Araújo, 2004; Grace, 1991). De fato, essa multiplicidade de abordagens para o *empowerment* é terreno fértil para que dele se sirvam como forma de controle social (Rissel, 1994) e de ocultação de

práticas conservadoras (Labonte, 1989). Cabe, portanto, o exame do termo *empowerment*, seu uso no âmbito da Promoção da Saúde e os significados a ele usualmente atribuídos.

A Promoção da Saúde se configura a partir da década de 70 em reação aos altos custos de um sistema de saúde hospitalocentrista de base curativa. Ora, se a doença pode ser evitada, por que deixá-la surgir? Não obstante o nítido deslocamento do foco na cura para a prevenção de doenças, o ideário da Promoção da Saúde, a partir da década de 80, passa a abarcar outras idéias-chave: a defesa da participação da comunidade na definição e busca de soluções para seus problemas de saúde; a crítica à ênfase nas mudanças comportamentais individuais (leia-se estilos de vida), e à figura do médico como único profissional responsável pela saúde.

A meu ver, o *empowerment*, como antítese da noção de incapacidade [*powerlessness*], ajusta-se perfeitamente a essa nova perspectiva de Promoção da Saúde que se delineava a partir da década de 80 e que pretendia ir além da prevenção de doenças e da ênfase comportamentalista que a marcou nos anos 70. Há inclusive autores (Rappaport, 1981) que enaltecem o *empowerment* como meio de superação do enfoque preventivista, com o argumento de que não há resposta única para problemas sociais. Assim, o *empowerment* não deve ser visto como um construto monolítico, muito menos uma panacéia para os desafios colocados no e pelo campo da saúde (Wallerstein, Bernstein, 1994). A noção de *empowerment* deve se basear no pensamento divergente, que encoraja a diversidade por meio da participação de diferentes grupos sociais na busca de soluções para seus problemas de saúde em oposição a agências e instituições que, de modo centralizador, controlam recursos, valorizam o pensamento convergente e tentam padronizar as formas de as pessoas viverem suas vidas (Rappaport, 1981).

É na década de 80, notadamente a partir da Conferência de Ottawa, em 1986, que o *empowerment* é mencionado como uma das idéias centrais da Promoção da Saúde (WHO, 1998a; Wallerstein, Bernstein, 1994; Simpson, Freeman, 2004), mais precisamente como âmago do ‘reforço da ação comunitária’, apontado na Carta de Ottawa como um dos princípios da Promoção da Saúde. A centralidade do *empowerment* para a Promoção da Saúde é ressaltada ainda em outras conferências (WHO, 1991; WHO, 2005) e na 51ª Assembléia Mundial de Saúde da OMS (WHO, 1998b). Essa centralidade deve-se ao fato de o *empowerment* incorporar a ‘razão de ser’ da Promoção da Saúde (Rissel, 1994), expresso na forte semelhança entre ambos os conceitos. *Empowerment*, via de regra, é apontado como o “processo por meio do qual pessoas ganham maior controle sobre ações e decisões que afetam sua saúde”

(Nutbeam, 1998, p.6), e Promoção da Saúde como “processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la” (WHO, 1986, p.1; Nutbeam, 1998, p.1). Ora, dessa concepção emergem algumas questões que são fundamentais à compreensão do *empowerment*, e cujas respostas podem aproximá-lo tanto de uma abordagem conservadora quanto crítica de Promoção da Saúde.

É preciso refletir que o *empowerment* agrega duas perspectivas: as de ‘empoderamento’ e de ‘apoderamento’. A primeira delas, que vem sendo sistematicamente adotada pela Promoção da Saúde, tem o sentido de ‘por poder em’ (da mesma forma que engomar – por goma em, ensaboar – por sabão em). A idéia subjacente é a de transferência de poder. Mas como isso se dá? A partir de fórmulas ‘providenciadas’ pelas autoridades sanitárias, as populações são chamadas a intervir na gestão de sua própria saúde. No entanto, não se pode assumir que detenham poder sem que as pessoas possuam autonomia (entendida como capacidade prática em termos socioeconômicos, culturais, políticos, emocionais e cognitivos) para avaliar aquelas fórmulas, aceitando-as ou recusando-as, sem que isso se transforme em prejuízo para elas próprias. Não se pode assumir que detenham poder sem que participem ativamente da definição de seus problemas de saúde e da formulação de propostas para a superação da situação. Assim, essa noção de ‘empoderamento’ serviria para legitimar a incapacidade que as pessoas naquelas adversas condições de vida podem ter para a ação.

A perspectiva de ‘apoderamento’, por outro lado, diz respeito a ações que servem para que as populações tomem o poder para si, o que não é possível, portanto, sem que adotem uma postura de maior protagonismo na ação. Essa perspectiva, no entanto, parece não prevalecer nas ações de Promoção da Saúde [de caráter conservador]; fato que, a meu ver, se explica por sua ligação visceral com o Estado (Stevenson, Burke, 1992). Nascida fortemente vinculada ao Estado e sob seus auspícios, como a Promoção da Saúde poderia produzir ações que habilitassem as pessoas a desafiá-lo?

Os sentidos atribuídos às noções de ‘empoderamento’ e ‘apoderamento’ assemelham-se muito à abordagem conferida ao *empowerment* na qual se destaca o fato de o verbo *empower* poder assumir as formas transitiva e intransitiva (Labonte, 1994a). Quando transitivo, ele requer a presença de um ou mais complementos para a ação ganhar sentido. Nesse caso, a ação [*empower*] é praticada pelo sujeito *para* alguém. A idéia subjacente, portanto, é a de que o poder é concedido, transferido de uma pessoa ou grupos para outros. Quando intransitivo, o verbo não aceita complemento para ganhar sentido. Nesse caso, a ação [*empower*] é praticada pelo e para o próprio sujeito ou

coletivo. Aqui, a idéia subjacente é a de que o poder é conquistado, por conta própria, pela pessoa ou por grupos. Ou seja, as noções de ‘empoderamento’ e ‘apoderamento’ assemelham-se, respectivamente, às formas transitiva e intransitiva do verbo *empower*.

Distinções como essa, porém, nem sempre são feitas ou estão claras nos textos ou nas ações de Promoção da Saúde, o que certamente contribui para a indefinição conceitual do termo *empowerment* aludida anteriormente. Talvez por isso, há quem (Tones, 1986) assinale a intransitividade do verbo em sua própria grafia, apontando o *self-empowerment* como elemento central de programas de Educação para Saúde desenvolvidos sob a ótica da Promoção da Saúde. Por outro lado, muitos adeptos da Promoção da Saúde vêem *empowerment* como um fenômeno que ocorre quando há transferência de poder de uma parte a outra (Robertson, Minkler, 1994). Mas será que isso é possível? Será que o *empowerment* pode ser visto como algo concedido por alguém a outrem?

A resposta a essa questão requer uma reflexão mais detida sobre os significados atribuídos à noção de poder. Nesse caso, é especialmente elucidativa a leitura foucaultiana sobre poder, conceito subjacente à noção de *empowerment*: poder envolve a relação de forças e, portanto, está em todas as partes e lugares, para além do Estado e de suas instituições (Foucault, 1979). O poder, portanto, não é um objeto, uma coisa; mas uma relação (Machado, 1979). Nesse sentido, não cabe a idéia de que o poder seja concedido por alguém a outrem como ‘algo’ que vem de fora. O poder se configura na medida em que se estabelece toda e qualquer relação social. O poder não é um atributo de indivíduos e comunidades, mas uma expressão da relação entre duas entidades (Labonte, In: Bernstein *et al.*, 1994²⁸). Sendo assim, a capacidade de *empowerment* existe em todas as pessoas no contexto das inúmeras possibilidades de relação que estabelecem com o outro (Labonte, In: Bernstein *et al.*, 1994).

Não há um poder cuja essência possa ser definida por características universais (Foucault, 1979). Não existe algo unitário e global chamado poder, mas formas díspares, heterogêneas e em constante transformação (Machado, 1979). Em suma, assumir o caráter relacional do poder como pressuposto básico para as discussões sobre *empowerment* implica a recusa da idéia de sua transferência externa e altruísta como se fosse uma entidade, uma coisa. Sendo assim, aceitar o *empowerment* tão somente como

²⁸ Como a citação ‘Bernstein *et al.* (1994)’ se refere a um artigo que reúne considerações sobre *empowerment* (nem sempre convergentes) de vários membros do corpo editorial da revista *Health Education Quarterly* (Bernstein, E., Wallerstein, N., Braithwaite, R., Gutierrez, L., Labonte, R., Zimmerman, M.), ela estará sempre precedida pelo sobrenome do autor responsável pela afirmação contida no referido artigo seguida do termo ‘In:’, embora não se trate de um capítulo de livro.

transferência de poder seria uma forma de referendar sua versão mais improvável, mais afeita a usos não contestatórios. Acolher essa concepção de *empowerment* implica perceber os ‘empoderados’ como elementos passivos, o que contribui para ocultar a idéia de que onde há poder, há também resistência (Foucault, 1979). O *empowerment*, de fato, não raro é usado para disfarçar a função de controle social exercida por profissionais de saúde que se dirigem às populações tomando conceitos formulados *a priori* como guias para a elaboração e a avaliação de suas ações (Grace, 1991). Em suma, ninguém ‘empodera’ ninguém (Labonte, 1989; Braithwaite, In: Bernstein *et al.*, 1994). *Empowerment* não é algo que possa ser dado; ele deve ser conquistado (Rappaport, 1985).

Não obstante, não nego a possibilidade [teórica] de o poder ser ‘entregue’ na vida real, isto é, de ser transferido altruistamente. Todavia, não a considero como hipótese para pautar as discussões sobre *empowerment* numa perspectiva crítica. Isso seria tomar a exceção como regra, a parte pelo todo. A meu ver, o poder não é transferido sem conflitos. Muitas das decisões tomadas por quem visa à manutenção do poder são aparentemente consensuais. Correspondem, na verdade, a pequenas concessões feitas com o objetivo de manter grandes privilégios. A análise da possibilidade de transferência de poder, portanto, deve se basear na relação, de múltiplas e por vezes contraditórias formas, que se estabelece entre as partes envolvidas. Seguindo esse raciocínio, o *empowerment* pode ser visto, dinamicamente, como ação tanto de transferência de poder a outros, como de conquista por conta própria.

Quando um dos lados tem que perder poder para o outro ganhar, diz-se que predomina um tipo de relação chamado ‘soma zero’ ou ‘ganho/perda’ [do inglês *win/lose or zero-sum relationship*] (Labonte, In: Bernstein *et al.*, 1994). Esse tipo de poder é finito, já que não é possível que alguém melhore de *status* social (admitindo-o, por definição, como uma medida comparativa) sem que outros piorem sua condição; que grupos sociais minoritários obtenham ganhos contra práticas discriminatórias (raciais e de gênero, por exemplo) sem que certos grupos percam parte de seu poder sobre esse tipo de prática; que se supere a exploração econômica sem que o explorador perca seu controle sobre o capital (Labonte, In: Bernstein *et al.*, 1994).

Já quando predomina uma relação em que todos ganham [do inglês *win/win or nonzero-sum relationship*], trata-se de manifestação do poder que pode (e deveria) se expandir sem limites, já que se refere a situações em que prevalece a ética do respeito mútuo, da reciprocidade, da humildade e da interdependência entre as partes (Labonte, In: Bernstein *et al.*, 1994). Ressalto, no entanto, que esse tipo de poder se manifesta

mais comumente em situações em que as partes envolvidas têm interesses comuns. Num horizonte mais amplo, porém, esses interesses serão, por sua vez, diferentes aos de outros grupos sociais. Além disso, a realidade da distribuição política e econômica de poder não produz cenários em que todos ganham (Labonte, 1989). Portanto, pensar o *empowerment* como uma relação significa que as situações de perda/ganho e ganho/ganho se dão conflituosa e simultaneamente.

Na esteira da miríade de abordagens para o *empowerment*, apresentam-se ainda as noções de ‘poder sobre’ e ‘poder com’ (Labonte, 1994a) que, a meu ver, de certo modo expressam relações semelhantes às de ‘soma zero ou de ganho/perda’ e de ‘soma não-zero ou de ganho/ganho’, respectivamente. Vejamos como essas noções podem se manifestar em uma situação muito comum em países como o Brasil.

Quando agentes de saúde dirigem-se a determinado bairro pobre (de poder econômico, de direitos, de justiça social) com o objetivo de erradicar o mosquito *Aedes Aegypti* e, por conseguinte, a epidemia de dengue, quer se queira ou não, estabelecem-se relações [de poder] entre as partes envolvidas. Se os agentes se limitam a advogar ações preventivas descontextualizadas (em geral calcadas na mudança de comportamentos individuais), concebidas previamente e segundo sua própria visão de mundo, tomando como medida de efetividade o fiel cumprimento de suas ações por parte dos moradores, o que prepondera é uma relação de ‘poder sobre’. Ações desse tipo traduzem-se, geralmente, na distribuição de cartilhas e cartazes informativos, concebidos em gabinetes e sem a participação da comunidade.

Por outro lado, se os agentes procuram ouvir os moradores, conhecer sua realidade e os problemas por eles definidos, considerando e respeitando sua linguagem própria e forma de lidar com seus problemas; se buscam fazer emergir a reflexão crítica entre os moradores, aprofundando-a, não apenas sobre os determinantes biológicos, mas sobretudo sobre os ambientais, sociais, econômicos, culturais e políticos da referida doença, o que predomina é uma relação de ‘poder com’. Iniciativas dessa ordem caracterizam-se por reuniões e debates entre os moradores, que visam à busca de soluções para a superação dos problemas comuns àquele grupo de pessoas.

No entanto, arranjos mais igualitários para a interação entre profissionais da saúde e grupos de indivíduos, baseados na noção de ‘poder com’, embora representem um avanço, podem ignorar diferenças estruturais (de classe social, de formação educacional e profissional, por exemplo) entre as partes envolvidas (Robertson, Minkler, 1994). Assumindo posição mais dura, há autores (Stotz, Araújo, 2004) para quem o *empowerment*, ainda que pautado na noção de ‘poder com’, não poderia ser

visto como meio de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder, mas como método de construção de consenso que exige negociação e concertação social. Como agentes de saúde, que fazem a mediação entre as aspirações das camadas da população mais destituídas de poder e os interesses de grupos situados em posição de poder na sociedade, poderiam desempenhar seu papel sem servir de referência para a reconstrução das identidades sociais dos grupos excluídos? Isso não poderia ser visto como uma nova forma de tutela sobre a maioria da população (Stotz, Araújo, 2004)?

Indagação semelhante foi feita (Scherer-Warren, 2006) tomando-se como parâmetro o papel das Organizações Não-Governamentais (ONG) em relação aos movimentos sociais de base local. Como o trabalho dos representantes dessas organizações pode voltar-se para o *empowerment* dos sujeitos socialmente mais excluídos sem que se estimulem as hierarquias de poder? São sugeridas algumas orientações político-pedagógicas que podem ser relevantes no trabalho de mediação social: a recuperação da dignidade dos sujeitos socialmente excluídos passa pela desconstrução das discriminações por eles introjetadas (sem o que não há luta por direitos), e pelo resgate positivo de suas raízes culturais, simbólicas, estéticas (sem abrir mão de avaliações auto-críticas transformadoras), de modo a potencializar [novas] formas de ação coletiva de base com vistas ao enfrentamento e à solução de problemas sociais (Scherer-Warren, 2006).

A concretização dessas ações, porém, vai muito além da simples provisão de informações aos excluídos. Além de habilidades específicas para se lidar com o problema da exclusão social, a luta por sua superação deve pautar-se, por que não, na solidariedade entre indivíduos e diferentes grupos sociais. A questão é: como sentimentos como esse podem emergir em contextos tão adversos, marcados pela desigual participação de sujeitos e grupos sociais no processo de produção de bens e riquezas de uma nação? Como se quebra esse aparente ciclo vicioso?

Não se pode negar, entretanto, que informações sobre a etiologia de certas doenças podem contribuir para ampliar o poder de decisão da população daquele bairro em relação à sua saúde – admitindo-se, é claro, que a informação pôde ser compreendida e assimilada pelas pessoas, o que é tão mais difícil quanto maior o fosso social entre as partes envolvidas (agentes de saúde e moradores do bairro em questão). O conhecimento de que calor e água limpa parada são condições ideais para a reprodução do mosquito da dengue, embora não garanta, pode levar os moradores a cobrir os locais de concentração de água limpa, o que já concorreria para minorar a epidemia. Esse suposto aumento do poder de decisão, no entanto, restringe-se à esfera

individual. Não houve da parte do Estado, representado pelos agentes de saúde, a cessão de nenhum poder para os moradores do referido bairro. A eles não foi outorgado o direito de decidir, por exemplo, o montante e o destino do dinheiro público a ser investido para superar aquela doença e outros problemas de saúde correlatos.

Por outro lado, a par da provisão de informações, a reflexão crítica sobre os determinantes sociais, econômicos e políticos dos problemas de saúde pode contribuir para um maior domínio e compreensão daqueles moradores sobre os riscos da doença em particular e sobre sua saúde em geral, ampliando suas possibilidades de interpretar suas condições de vida e, quem sabe, levando-os a lutar por mudanças sociais mais radicais, como redistribuição de renda e terra, acesso universal à educação e aos serviços de saúde, entre outras. Tais ações poderiam ser vistas como expressão de um maior poder daquele grupo de moradores? De certo modo, sim. Trata-se, porém, de um poder *para a luta* pelo poder, ou seja, de um poder que só se materializa na interação social e no jogo de conflitos de interesses, e não de um poder que tenha sido concedido, transferido por outrem como ‘algo’ vindo de fora, como venho afirmando.

Ao mesmo tempo em que se reconhece que a maioria dos programas de abordagem comportamental, fundada na idéia de risco epidemiológico, tende a adotar a noção de ‘poder sobre’ para lidar com as questões de saúde de comunidades, há quem (Labonte, 1994a) admita a possibilidade de *empowerment* por meio desses programas. Por exemplo, quando um profissional de saúde de um programa de reabilitação cardíaca reflete sobre o que pode ser feito para apoiar seus pacientes na superação de suas formas de opressão (de classe, gênero e cultural), entendendo-as como fatores condicionantes da cardiopatia e buscando resultados para além de adaptações morfo-fisiológicas, sua prática pauta-se pelo *empowerment* (Labonte, 1994a).

Nesse caso, porém, há ressalvas. Programas com aquela abordagem por si próprios não ‘empoderam’, pois não conferem poder a ninguém (Labonte, 1989). Ademais, o *empowerment* por meio de programas de viés comportamental fundados na idéia de risco epidemiológico em geral restringe-se ao nível individual. A meu ver, portanto, é remota a possibilidade de que integrantes de programas com esse enfoque consigam ir além dos limites impostos pela abordagem quantitativa dos fenômenos. Como assinaléi anteriormente, ainda que programas não se restrinjam à doença propriamente dita e a seus fatores de risco epidemiológico e abarquem a reflexão crítica dos usuários sobre as formas de opressão por eles vividas, contribui-se, no máximo, para que as pessoas ampliem sua capacidade *para lutar* pelo poder.

Essa situação se agrava quando o cardápio de possibilidades para a construção coletiva de alternativas é bastante restrito. A apresentação de soluções individuais para problemas eminentemente coletivos serve, muitas vezes, para obscurecer a correlação de forças entre as diferentes classes sociais e para desviar a atenção de questões essenciais à reversão do quadro brasileiro de desigualdade social. A defesa da mudança de estilos de vida, que explicam apenas em parte o surgimento de doenças (Syme, Berkman, 1976), é uma das formas mais corriqueiras de culpabilização da vítima. Do mesmo modo, entender o *empowerment* como provisão de informações ou limitá-lo ao nível individual significa, a meu ver, torná-lo inócuo para a transformação social.

O *empowerment*, sem dúvida, é um fenômeno que pode ocorrer em diferentes níveis (Robertson, Minkler, 1994) e, para dar conta dessa complexidade, sugere-se (Israel *et al.*, 1994; Zimmerman, 1995) que seja analisado nos níveis psicológico, organizacional e comunitário. No nível psicológico, o *empowerment* integra percepções de controle pessoal, postura pró-ativa diante da vida e compreensão crítica do ambiente sócio-político. No nível organizacional, inclui processos e estruturas que aprimoram as habilidades pessoais e permitem que os membros de uma comunidade apoiem-se mutuamente para nela promoverem mudanças. No nível comunitário, refere-se ao trabalho conjunto e organizado com vistas à melhoria das condições de vida coletiva (Zimmerman, 1995).

A diferenciação entre *empowerment* psicológico e comunitário, embora já estivesse embutida em alguns textos (Rappaport, 1981; 1985; 1987) sobre psicologia comunitária, formaliza-se, sem oposição entre os termos, no início dos anos 90 (Wallerstein, 1992). Depois disso, diferentes autores (Rissel, 1994; Israel *et al.*, 1994) aprimoram essa distinção, que tem sido adotada por outros (Carvalho, 2004b) para a reflexão sobre o *empowerment* e seu papel no contexto da Promoção da Saúde. Embora tratados distintamente, esses níveis (psicológico e comunitário) são interdependentes e a análise dessa interação é fundamental para a compreensão do *empowerment*. Nesse ponto, porém, há questões de nomenclatura que devem ser esclarecidas antes de avançarmos na discussão.

O termo '*empowerment* individual' vem sendo adotado por alguns autores (Rissel, 1994; Israel *et al.*, 1994) como sinônimo de *empowerment* psicológico. Nesse sentido, não é estranho admitir que o uso desse sinônimo possa limitar a interpretação do *empowerment* psicológico a um construto que considere apenas o que ocorre na mente individual (Zimmerman, 1995). Trata-se de argumento pertinente, principalmente na época atual, em que a maior parte da literatura sobre *empowerment* focaliza o indivíduo

(Israel *et al.*, 1994) e em que emerge um novo tipo de ideologia conservadora de responsabilidade individual e intrapsíquica que culpabiliza as vítimas de forma ainda mais sutil (Rappaport, 1981).

Isso me leva a destacar que alguns autores (Rissel, 1994; Wallerstein, Bernstein, 1994; Israel *et al.*, 1994) valem-se do termo ‘*empowerment* comunitário’, em detrimento de simplesmente ‘*empowerment*’, como forma de diferenciá-lo de uma abordagem exclusivamente psicológica (ou individual) que ignore o contexto social. O *empowerment* comunitário inclui um nível aumentado de *empowerment* psicológico²⁹ entre os membros da comunidade, a atuação política desses membros, e a redistribuição de recursos ou a tomada de decisões favorável a essa comunidade (Rissel, 1994).

Vale assinalar que o termo psicológico é usado para se referir ao nível de análise individual do *empowerment* com a intenção de exprimir uma interpretação mais ampla do construto do que simplesmente características intrapessoais (Zimmerman, 1995). Assim, o *empowerment* psicológico, que reúne as dimensões intrapessoal³⁰, de interação e comportamental (Zimmerman, 1995), é visto como um nível do *empowerment* comunitário (Rissel, 1994; Israel *et al.*, 1994), ao qual, portanto, está fortemente vinculado. Logo, não caberia tratá-los como conceitos opostos, embora possam ser diferenciados. Para mim, a distinção entre *empowerment* psicológico e comunitário reflete muito mais uma função didática do que a intenção de torná-los mutuamente excludentes. Mesmo porque, se o poder é relacional, seria um contra-senso admitir o *empowerment* psicológico como fenômeno tão-somente individual. Em resumo, pode-se assumir que a noção de *empowerment* [comunitário] abarca mudanças nos níveis individual e coletivo e implica a vinculação entre esses níveis de análise (Rissel, 1994; Wallerstein, Bernstein, 1994; Israel *et al.*, 1994).

É nessa perspectiva que o *empowerment* comunitário vem sendo defendido como uma das estratégias para a reforma do campo da saúde (Carvalho, 2004b; Wallerstein, Bernstein, 1994), o que implica, obviamente, que se tenha clareza quanto ao conceito de comunidade a ele subjacente. O uso indiscriminado da noção de *empowerment* comunitário sem reflexões críticas e análises políticas das relações de poder na sociedade (portanto, sem referência a teorias sociais) serve à difusão de visões vagas (Stevenson, Burke, 1992; Castiel, 2004), ilusórias, românticas (Labonte, 1989),

²⁹ “*Empowerment* psicológico pode ser definido como uma sensação de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam quando pertencem a grupos, e pode ocorrer sem que haja participação em ações políticas coletivas” (Rissel, 1994, p.45).

³⁰ É nessa dimensão intrapessoal que se manifesta, por exemplo, a auto-eficácia (confiança do indivíduo em sua capacidade de realizar uma ação qualquer), um dos conceitos erradamente considerados análogos ao *empowerment* psicológico (Zimmerman, 1995).

idealizadas (Castiel, 2004) e homogêneas de comunidade. A meu ver, a conjunção dessas visões culmina na ‘culpabilização de comunidades vitimadas’ (Labonte, 1989), versão coletiva e ainda mais perversa da culpabilização da vítima.

A ênfase que vem sendo imputada ao *empowerment*, sobretudo a partir da década de 90, irradia-se para as mais diferentes organizações, áreas do saber e campos profissionais. A título de ilustração, posso dizer que o *empowerment* é apontado pelo Banco Mundial como um dos meios para a superação da pobreza (Narayan, 2002), tomado como base para a discussão da relação entre técnicos extensionistas e produtores rurais (Machado, Hegedüs, Silveira, 2006), como meio para a articulação dos movimentos sociais em rede (Scherer-Warren, 2006), como idéia central de programas de educação nutricional (Kent, 1988), como prática inovadora de gestão do trabalho e do desenvolvimento de pessoas (Souza *et al.*, 2004) e até mesmo como estratégia para o aumento da expectativa de vida³¹.

Ora, poderia o *empowerment* ter o mesmo sentido para todas essas organizações, áreas do saber e profissões que o tomam como referência para suas ações? Com efeito, não. Na área empresarial, por exemplo, o *empowerment*, tem sido usado como meio para o aumento da produtividade de empresas (Wallerstein, Bernstein, 1994; Rodrigues, Santos, 2001; Margulies, Kleiner, 1995; Gandz, 1990). A crescente competitividade vem sendo apontada como uma das forças que exigem novas abordagens para a sobrevivência de empresas num ambiente cada vez mais globalizado. Nesse sentido, a partir dos anos 90, o *empowerment* dos trabalhadores desponta como uma das inovações mais promissoras (Gandz, 1990; Randolph, 1995), abordagem que vem sendo discutida em artigos nacionais (Rodrigues, Santos, 2001; 2004), estrangeiros (Margulies, Kleiner, 1995; Gandz, 1990; Randolph, 1995), assim como em livros publicados no Brasil (Tracy, 1994; Slack *et al.*, 1997).

Há, porém, que se destacar alguns aspectos da abordagem conferida ao *empowerment* no meio empresarial. O sentido ‘base-topo’, por exemplo, que caracteriza as ações de *empowerment* numa perspectiva transformadora (Rissel, 1994) e que, portanto, é defendido para as políticas sociais (Rappaport, 1981), é invertido quando o *empowerment* é tomado como estratégia no âmbito empresarial: “[o] processo começa

³¹ Michael Marmot, Diretor da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, destacou o papel do *empowerment* como um dos caminhos para uma maior expectativa de vida, em sua conferência sobre ‘Ação Global e Determinantes Sociais da Saúde’ proferida em 22 de agosto de 2006, no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado no Rio de Janeiro. Informação obtida em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/informe/materia.cfm?matid=1148&saibamais=1149>>. Acesso em: 23 ago 2006.

com a expressão aberta e entusiasta da necessidade e do desejo de que o *empowerment* aconteça. **Esse movimento deve partir de cima e precisa encontrar eco na equipe gerencial da organização** [grifo meu]" (Gandz, 1990, p.78). Ou seja, o *empowerment* é tratado no meio empresarial como transferência de poder do andar de cima para o de baixo, dos que mais para os que menos o detêm (Rodrigues, Santos, 2001; 2004; Margulies, Kleiner, 1995; Gandz, 1990; Tracy, 1994; Slack *et al.*, 1997). Trata-se, portanto, de uma transferência de poder limitada, transitória e atrelada aos interesses dos que têm o controle maior da empresa. Esse aumento de poder não foi conquistado pelos trabalhadores, e sim outorgado como estratégia para sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo. Sendo assim, não pode exceder certos limites. De fato, são poucos os exemplos de níveis mais radicais de *empowerment* no meio empresarial (Slack *et al.*, 1997).

Não obstante, não quero negar a possibilidade dessa noção de *empowerment* nas empresas contribuir para que os trabalhadores obtenham melhorias no ambiente de trabalho e inclusive ganhos financeiros, até mesmo com participação nos lucros. Isso não implica, no entanto, aceitar essa abordagem de *empowerment* como forma de se viabilizar qualquer tipo de transformação mais radical. Trata-se, na verdade, de versão conservadora, na medida em que transfere subliminarmente responsabilidades para o trabalhador.

Essa visão conservadora reproduz-se ainda em estratégias de adesão à prática de atividades físicas, nas quais o *empowerment* é entendido como a medida do controle que a pessoa sente ter de sua própria vida (Slootmaker *et al.*, 2005). Em abordagem notadamente individual e quantitativa, o *empowerment* é avaliado por meio de escores obtidos a partir de respostas a um questionário³², considerando-se uma escala de 1 (discordo fortemente) a 7 (concordo fortemente).

Por outro lado, há quem veja a possibilidade de o *empowerment*, numa perspectiva crítica, servir como um dos meios para a transformação das condições de vida dos excluídos socialmente (Carvalho, 2004b; Gohn, 2004; Robertson, Minkler, 1994; Simpson, Freeman, 2004; Scherer-Warren, 2006). Na escola, por exemplo, o *empowerment* se manifestaria na habilidade de estudantes, professores, pais e funcionários terem maior compreensão e controle sobre os fatores sociais, econômicos e

³² "Qual o seu nível de concordância com as seguintes afirmações: (1) Tenho pouco controle sobre as coisas que acontecem comigo; (2) Não tenho mesmo como resolver alguns dos meus problemas; (3) Não há muito que eu possa fazer para mudar muitas das coisas que são importantes na minha vida; (4) Freqüentemente me sinto impotente para lidar com os problemas da vida; (5) Às vezes sinto que estou sendo levado pela vida; (6) O que vai acontecer comigo no futuro depende principalmente de mim; (7) Posso fazer qualquer coisa que eu decidir" (Pearlin, Schooler, 1978, p.20).

políticos que os afetam diretamente (Simpson, Freeman, 2004). Assim, teriam melhores condições para analisar e interpretar sua condição de vida. Argumenta-se que nesse processo de reflexão conjunta sobre seus problemas de saúde, as pessoas aprendem umas com as outras e geram conhecimentos aos quais não teriam acesso individualmente (Kent, 1988). Embora em menor grau, já que está longe de ser hegemônica, a abordagem crítica de *empowerment* tem a transformação social como horizonte.

Como vimos, o *empowerment*, uma das idéias-chave da Promoção da Saúde, é um conceito amplamente utilizado por várias áreas do conhecimento, embora com diferentes significados. Em abordagens conservadoras de Promoção da Saúde, o *empowerment* é tratado essencialmente como transferência externa e altruísta de poder em nome do bem comum. Destacam-se, portanto, as estratégias que buscam concertar o consenso entre os distintos grupos e classes sociais. Nesse sentido, a transferência de poder, quando ocorre, é calculada de modo a não extrapolar os limites que coloquem em xeque a supremacia dos sujeitos da ação, tomada como unidirecional. Via de regra, esse é o sentido conferido ao *empowerment*, sobretudo no âmbito empresarial. Abordagens de cunho conservador tendem ainda a desconsiderar as relações entre ‘*empowerment* psicológico’ e ‘comunitário’, priorizando-se a primeira em detrimento da segunda.

Já em abordagens críticas de Promoção da Saúde, o *empowerment* é entendido como fenômeno essencialmente relacional, ou seja, que só se manifesta no jogo dinâmico de tensões e conflitos de interesses entre sujeitos, grupos e classes sociais. Nesse sentido, não cabe conceber ‘*empowerment* psicológico’ e ‘comunitário’ como entidades opostas, mas, no máximo, como níveis micro e macro de análise de um conceito mais amplo (*empowerment*), aos quais poder-se-ia ainda incluir o nível organizacional, considerado intermediário. Transformações sociais, objetivo maior de abordagens críticas de Promoção da Saúde, são vistas como resultado de mudanças simultâneas nos níveis individual e coletivo. Para tanto, o *empowerment* psicológico é tomado como condição necessária, porém não suficiente.

A sociedade não é a soma de indivíduos e muito menos um todo homogêneo. Assim sendo, o *empowerment* deve ser visto não como algo que é concedido, e sim conquistado no jogo de poder que se estabelece entre as partes envolvidas. O caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas do exterior, de outro lugar, pois nada está isento de poder (Machado, 1979). Assim, assumir o caráter relacional do *empowerment* significa aceitar sua interdependência com a noção de *participação*, sem a qual não há transformação social.

Quando não tratadas com seriedade, a complexidade e multidimensionalidade do *empowerment* levam a uma ambigüidade da qual se aproveitam, intencional ou inadvertidamente, os que não têm compromisso com práticas transformadoras. Há os que, com razão, denunciam abordagens conservadoras do *empowerment* – e por extensão da Promoção da Saúde – como forma de controle social e de manutenção do *status quo*. Porém, é bom lembrar que essa não é a única abordagem possível e que a discussão em torno de outras abordagens para o *empowerment* contribuiria para o avanço da Promoção da Saúde em direção mais crítica e transformadora. A meu ver, negar outras possibilidades para o *empowerment* corresponderia a ‘jogar fora o bebê junto com a água do banho’, expressão usada por Davison e Smith (1999) em ensaio crítico sobre a Promoção da Saúde. Importa, pois, que se busque conhecer tanto os potenciais quanto os limites desses conceitos para a construção de práticas sociais mais democráticas e emancipadoras. Importa, pois, que se adote uma postura vigilante acerca das múltiplas formas que o *empowerment* pode assumir em diferentes áreas profissionais e campos do saber, incluindo-se aí o ideário da Promoção da Saúde.

Como procurei demonstrar até aqui, se há concordância acerca de algumas idéias-chave da Promoção da Saúde, o mesmo não se pode dizer quanto aos seus significados. Como vimos, risco, desmedicalização e *empowerment* são algumas idéias-chave da Promoção da Saúde que assumem roupagens de conservadoras a transformadoras. Assim, o risco pode ser visto desde uma perspectiva realista, tomado como fenômeno essencialmente epidemiológico, que pode ser determinado racionalmente por meio do conhecimento científico objetivo, até uma perspectiva construcionista forte, em que é visto como fenômeno socialmente construído e que, portanto, só será considerado risco a partir do momento em que for reconhecido como tal pelos atores sociais. A desmedicalização, por sua vez, pode ir desde a crítica ao médico como único profissional responsável pela saúde até a crítica à ‘salutarização’ do cotidiano como forma de controle social. E o *empowerment*, por fim, pode ser visto tanto como a transferência externa de poder dos que mais para os que menos o detêm assim como a disputa pelo poder, fenômeno essencialmente relacional, que só se manifesta no jogo dinâmico de tensões e conflitos de interesses entre sujeitos, grupos e classes sociais. Portanto, é fundamental saber reconhecer de que Promoção da Saúde se está tratando, principalmente quando se presencia a crescente institucionalização desse ideário pelo poder público brasileiro. É do que tratarei no capítulo seguinte, tomando por base uma das ações que vêm sendo desenvolvidas sob os auspícios da Promoção da Saúde:

a promoção da atividade física.

Capítulo III

A Promoção da Atividade Física como Ação de Promoção da Saúde

Uma das ações que vêm sendo desenvolvidas sob a égide da Promoção da Saúde é a promoção da atividade física que, não é de hoje, vem sendo encarada como importante ação de saúde pública (Sallis, Mckenzie, 1991). A atribuição de tal potencial à prática de atividades físicas apóia-se fundamentalmente em sua capacidade de promover no organismo humano alterações morfofuncionais que vêm sendo inversamente associadas a doenças crônicas não-transmissíveis. No que tange a adaptações fisiológicas, a influência que a prática regular de atividades físicas pode exercer vem dando suporte a iniciativas que visam engajar populações em uma vida fisicamente ativa. Em vários países são adotadas ações em prol da prática regular de atividades físicas, seja na forma de políticas, programas ou campanhas nos mais diferentes cenários (escolas, ambiente de trabalho, espaços públicos) e para as mais variadas audiências (idosos, crianças, adultos).

A OMS e a Promoção da Atividade Física

Alarmada com os elevados índices de sedentarismo da população mundial e com as possíveis conseqüências na incidência de doenças crônicas não-transmissíveis, a OMS parece tomar para si a responsabilidade de difundir mundialmente a prática da atividade física como um elemento contribuinte à saúde. Em 1997, então, lança a ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’. Por meio de parcerias com organizações internacionais igualmente interessadas na promoção de uma vida fisicamente ativa (Unesco, Comitê Olímpico Internacional, Organizações Não-Governamentais, centros de pesquisa e governos de vários países), com tal iniciativa, a OMS visa

“(a) fortalecer a defesa da atividade física voltada para a saúde em todo o mundo; (b) apoiar o desenvolvimento de programas, estratégias e políticas nacionais de promoção da atividade física; (c) apoiar o desenvolvimento de programas comunitários e da capacidade de realizá-los; (d) desenvolver redes de apoio locais, nacionais, regionais e internacionais, envolvendo instituições públicas e privadas; (e) fomentar a disseminação de conhecimentos relacionados à vida ativa e apoiar o desenvolvimento de novos conhecimentos” (WHO, 1999, p.2).

Segundo a própria OMS, os princípios da Carta de Ottawa servem de estrutura para a implementação da ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’ (WHO, 1999). Além disso, já em 1997, na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Jakarta), a ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’ era incluída, pela primeira vez, como tema de destaque no programa das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, e a difusão da prática de atividades físicas voltadas para a saúde tomada como uma das dez áreas prioritárias da Promoção da Saúde (WHO, 1997b). Ora, como não poderia deixar de ser, a OMS se apóia no ideário da Promoção da Saúde para levar a cabo suas estratégias de promover mundialmente a atividade física.

A OMS também reúne periodicamente os representantes de seus Estados Membros nas Assembléias Mundiais de Saúde. Nessas assembléias, além de se aprovar o programa e o orçamento da entidade para o biênio seguinte, são tomadas resoluções sobre grandes questões relacionadas a políticas de saúde. Em algumas dessas resoluções faz-se menção à atividade física e à Promoção da Saúde. Analisemos, então, o conteúdo de resoluções das Assembléias Mundiais de Saúde da OMS que, de alguma forma, abordam o tema da prática da atividade física (WHO, 2000b; WHO, 2002a; WHO, 2004b).

Em 2000, a 53^a Assembléia Mundial de Saúde da OMS toma como uma de suas resoluções a ‘Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis’ (WHO, 2000b). No preâmbulo do documento, destaca-se que

“as condições em que as pessoas vivem e seus estilos de vida influenciam sua saúde e qualidade de vida, e que as doenças não-transmissíveis mais importantes estão ligadas a fatores de risco comuns, principalmente uso do tabaco, abuso do álcool, dieta não saudável, inatividade física, carcinógenos ambientais e que ter consciência desses fatores de risco tem determinantes econômicos, sociais, de gênero, políticos, comportamentais e ambientais [...] [grifos meus]” (WHO, 2000b, p.1).

Em seguida, visando modificar o quadro de prevalência e incidência das doenças crônicas não-transmissíveis, a OMS encoraja seus Estados Membros a desenvolverem quatro grandes linhas de ação, a saber:

“(1) desenvolver uma estrutura de política nacional que leve em conta vários instrumentos de política tais como políticas públicas saudáveis que criem um ambiente conducente a estilos de vida saudáveis; políticas fiscais e tributárias voltadas para produtos e serviços saudáveis e não-saudáveis; e políticas de mídia pública que empoderem a comunidade;

(2) estabelecer programas, em nível nacional ou em qualquer outro nível adequado, na estrutura da estratégia global para prevenção e controle das doenças não-transmissíveis mais importantes, e especificamente:

[...]

(d) **ênfatizar o papel chave das funções governamentais, inclusive as funções regulatórias**, no que diz respeito ao combate de doenças não-transmissíveis, tais como o desenvolvimento de uma política de nutrição, o controle de produtos derivados do tabaco, a prevenção do abuso do álcool e **políticas para encorajar a atividade física**;

[...]

(3) promover a efetividade da prevenção secundária e terciária, inclusive incluindo a reabilitação da atenção de longo prazo, e assegurar que os sistemas de atenção à saúde sejam responsivos às doenças crônicas não-transmissíveis e que seu gerenciamento seja baseado em intervenções de atenção à saúde custo-efetivas e no acesso equitativo;

(4) compartilhar suas experiências nacionais para construir a capacidade, nos níveis regional, nacional e comunitário, para o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de programas para prevenção e controle de doenças não-transmissíveis [grifos meus]” (WHO, 2000b, p.1-2).

Primeiro, quero apontar a referência que o documento faz à prática de atividades físicas como uma das ações a serem desenvolvidas pelos governos visando à redução das doenças não-transmissíveis. Segundo, destacar o fato de que a constatação, no preâmbulo do documento, de que os fatores de risco têm determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais não se traduz em proposições que lhe correspondam em importância e representatividade. Isto é, as recomendações dirigidas aos Estados Membros não tocam em questões mais básicas para a prevenção de muitos problemas de saúde, mesmo das doenças não-transmissíveis, como as desigualdades sociais nos países e entre eles. De fato, fica difícil se pensar em saúde num mundo cada vez mais globalizado sem se considerar o contexto global (Baum, Sanders, 1995).

Em 2002, por meio da resolução ‘Alimentação, Atividade Física e Saúde’ (WHO, 2002a), tomada pela 55ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS insta seus Estados Membros a colaborar no desenvolvimento de uma Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, visando à prevenção e controle das doenças não-transmissíveis. Essa estratégia, que para a OMS deve se basear em boas práticas com ênfase em abordagens que integrem a melhoria da alimentação e o aumento da prática de atividades físicas, visa:

“(1) **promover a saúde e reduzir os riscos comuns das doenças não-transmissíveis, originados na dieta pobre e na inatividade física**, por meio da ação essencial de saúde pública e da integração de medidas preventivas nas funções dos serviços de saúde;

(2) **encorajar**, como parte da reforma do setor de saúde, a incorporação, nos planos da ação nacionais para a nutrição, à medida em que forem atualizados, **estratégias para a dieta, a atividade física** e a saúde que envolvam todos os setores, inclusive a sociedade civil e a indústria de alimentos;

(3) monitorar dados científicos e apoiar a pesquisa em um amplo espectro de áreas relacionadas, incluindo genética, nutrição e dieta humanas, temas de particular interesse para as mulheres, bem como o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde [grifos meus]” (WHO, 2002a, p.2).

Mais adiante, a OMS convoca seus Estados Membros “a celebrar anualmente o ‘Dia Mexa-se pela Saúde’ [*Move for Health Day*] para promover a atividade física como essencial para a saúde e o bem-estar” (WHO, 2002a, p.2). Percebe-se aqui a idéia de que a saúde e o bem-estar (por mais difícil que seja conceituar esses termos) só podem ser alcançados com a prática da atividade física, já que ela é vista como algo *essencial*. Porém, numa perspectiva crítica de Promoção da Saúde, que se afasta da abordagem conservadora (e, portanto, dos ditames exclusivos da pesquisa epidemiológica), é aceita a idéia de que as pessoas podem optar por não praticar atividades físicas, sem nenhum demérito para elas e para as iniciativas adotadas para superar o sedentarismo.

Em 2004, é lançada a ‘Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde’ em uma das resoluções da 57^a Assembléia Mundial de Saúde (WHO, 2004b). O documento dessa resolução, embora reitere as orientações propostas nas duas resoluções anteriores (WHO, 2000b; WHO, 2002a), possui algumas peculiaridades que, a meu ver, merecem ser destacadas para que possamos analisar melhor sua relação de compromisso com a Promoção da Saúde. Se a associação com a Promoção da Saúde não era tão explícita nas resoluções anteriores (WHO, 2000b; WHO, 2002a), o mesmo já não se pode dizer para essa resolução (WHO, 2004b), na qual se advoga, literalmente, que os princípios de ação da ‘Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde’ sejam

“consistentes com os princípios contidos na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde e confirmados em conferências sobre promoção da saúde subsequentes, e reconheçam as complexas interações entre escolhas pessoais, normas sociais e fatores econômicos e ambientais [grifo meu]” (WHO, 2004b, p.9).

Como vimos anteriormente (vide página 26), a Carta de Ottawa defende que, em prol da saúde, profissionais e grupos sociais tenham como principal responsabilidade mediar os diferentes interesses na sociedade (WHO, 1986). Ora, como não poderia

deixar de ser, a busca do consenso, marca registrada da Carta de Ottawa, também se manifesta na ‘Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde’. De fato, logo no início do documento, é solicitado ao Diretor Geral

“cooperar com a sociedade civil, e com parceiros dos setores público e privado comprometidos a reduzir os riscos das doenças não-transmissíveis na implementação da estratégia, bem como a promover a dieta saudável e a atividade física, **assegurando que os potenciais conflitos de interesse sejam evitados** [grifo meu]” (WHO, 2004b, p.4).

Será possível a adoção de medidas que, de fato, promovam uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas sem que emergjam tensões e conflitos de interesse? Suponhamos a iniciativa em prol da prática de atividades físicas para a cidade do Rio de Janeiro de se construir ciclovias ao lado da malha ferroviária urbana, medida que, além de favorecer a referida prática, contribuiria significativamente para reduzir os gastos da população com transporte. Como pensar na implementação dessa medida sem se gerar conflitos de interesses com as empresas de transporte público rodoviário e ferroviário? Isso nos leva a refletir sobre a concepção de sociedade que parece pautar as propostas contidas naquela resolução: seria a de uma sociedade isenta de tensões e conflitos? Bem, voltemos ao documento.

No que diz respeito ao papel dos governos na provisão de informações para escolhas saudáveis relacionadas à alimentação e à prática de atividades físicas, chama a atenção o uso do termo ‘consumidores’ para se referir aos beneficiários dessa ação.

“Os governos precisam considerar ações que resultem no fornecimento de informações equilibradas para os **consumidores**, habilitando-os a fazer escolhas saudáveis, bem como assegurar a disponibilidade de programas adequados, tanto de promoção da saúde, quanto de educação para a saúde. A informação fornecida aos **consumidores** deve levar em conta, especialmente, os níveis de alfabetização, as barreiras de comunicação e a cultura local, devendo ser inteligível por todos os segmentos da população. [...] Alguns governos já são legalmente obrigados a assegurar que a informação factual disponível para os **consumidores** os habilite a fazer escolhas totalmente informadas em assuntos que podem afetar sua saúde [grifos meus]” (WHO, 2004b, p.12-13).

Por que a referência a ‘consumidores’? Seria a saúde vista tão somente como um direito do consumidor e não de cidadãos? Qual o papel e a autonomia dos Estados-Nação no contexto da globalização? Até que ponto o mercado deve ser considerado na definição de políticas públicas de promoção da atividade física, entre outras no campo da saúde? Não haveria nessas afirmações uma exacerbação do papel do mercado no

desenvolvimento de estratégias e políticas públicas de saúde? A meu ver, essa preocupação com a interferência que políticas públicas podem exercer no mercado se revela, no documento, quando se conclama os Estados Membros a

“assegurar que as políticas públicas adotadas no contexto da implementação dessa estratégia estejam de acordo com seus compromissos individuais em acordos internacionais e multilaterais, inclusive acordos de comércio e afins, de maneira a evitar um impacto restritivo ou distorcedor do comércio [grifo meu]” (WHO, 2004b, p.3).

Vale destacar que essa preocupação em ‘preservar o mercado’ parece ter sido incluída na resolução em virtude da forte oposição exercida pela indústria alimentícia e por países exportadores de açúcar (entre eles o Brasil) à proposta da OMS de redução do percentual de açúcar em alimentos industrializados (UE declara..., 2004; OMS apresenta..., 2004; OMS..., 2003). Pelo visto, chegou-se ao acordo possível, mas impregnado de tensões e conflitos sempre presentes em qualquer proposta de ações voltadas para as coletividades.

Mais adiante, quando o documento trata da participação comunitária e da criação de ambientes favoráveis à prática de atividades físicas, afirma-se que “devem ser criadas estratégias para criar normas sociais e promover o entendimento e a aceitação da comunidade no que diz respeito à **necessidade** de integrar a atividade física à vida diária [grifo meu]” (WHO, 2004b, p.14). Não haveria aqui, mais uma vez, a intenção, ainda que inadvertida, de fazer da atividade física uma prática *necessária* à saúde?

Idéias de mesmo calibre aparecem ainda em outro documento, intitulado ‘Promoção da Atividade Física: a melhor aquisição em saúde pública’, lançado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), OPAS e OMS (2000). A partir da exposição de prejuízos do sedentarismo e de benefícios de várias ordens (econômicos, sociais e de saúde) de seu reverso, o documento conclui pela necessidade de “ações urgentes para integrar a promoção da atividade física a esforços de reforma dos serviços de saúde e a estratégias, políticas e programas de desenvolvimento social em todo mundo”. Embora não haja alusão ao ideário da Promoção da Saúde ao longo do texto, o que seria de se esperar sendo a OMS e a OPAS entidades signatárias do documento, ela é feita no rodapé, onde o Centro de Colaboração em Atividade Física e **Promoção da Saúde** [grifo meu] do CDC/OMS é citado como entidade de contato para maiores informações sobre o assunto. O que se encontra no documento, no entanto, são afirmações cujo teor, a meu ver, senão o opõe, ao menos o distancia dos preceitos de uma abordagem mais crítica de Promoção da Saúde. Vale conferir:

“A atividade física pode ser a **melhor compra** em saúde pública. Evidências epidemiológicas, clínicas e econômicas substanciais do setor da saúde sustentam isso. Além do mais, outros setores da sociedade podem tirar proveito do investimento na atividade física. **A transformação em uma sociedade mais ativa levará a custos reduzidos de atenção em saúde, o que, por sua vez, contribuirá para uma economia mais pujante, permitindo maior produtividade e menor pobreza** [grifos meus]” (WHO/CDC/OPAS, 2000, p.1).

Tal posicionamento é reforçado na conclusão do documento, quando se afirma que

“governos que enfrentam restrição de recursos financeiros e limitada capacidade de prover intervenções e promoções na área da saúde vão descobrir que a atividade física é a melhor ‘compra’ para atingir ganhos equitativamente distribuídos na atenção à saúde. **O alcance de maiores níveis de atividade física em uma população também vai contribuir indiretamente para ganhos em outros setores vitais para o desenvolvimento humano e o progresso econômico** [grifo meu]” (WHO/CDC/OPAS, 2000, p.2).

É bem verdade que esses últimos dois documentos citados (WHO, 2004b; WHO/CDC/OPAS, 2000) mencionam a redução da pobreza como uma das ações a serem objetivadas por seus signatários. No primeiro, destaca-se, no caso de países em desenvolvimento, a importância de programas de promoção de atividades físicas e de hábitos saudáveis de alimentação integrarem-se a programas mais abrangentes de desenvolvimento e de redução da pobreza. Já no segundo documento, há, a meu ver, uma inversão de valor e sentido da prática de atividades físicas. Apregoar que uma sociedade mais ativa fisicamente pode contribuir para a redução da pobreza, senão é tomar o efeito por causa é, no mínimo, superestimar o papel da atividade física. Seguindo a mesma linha de raciocínio, pode-se afirmar, por exemplo, que a higiene bucal e a alimentação contribuem para a redução da pobreza. Claro que sim. Mas o que dizer do sentido inverso dessa relação? Por que no documento ressalta-se apenas o sentido da relação atividade física–sociedade que vai da primeira para a segunda? Por que não se sublinha que a redução da pobreza também melhoraria as condições de saúde da população, incluindo aí práticas relacionadas à alimentação, habitação e atividade física, por exemplo? É oportuno destacar ainda que no mesmo documento afirma-se que o sedentarismo é mais prevalente em indivíduos de baixa renda. Pergunta-se: a ênfase conferida à relação atividade física→sociedade pelo documento não pode induzir

incautos a desconsiderar ou a minimizar o papel condicionante dos fatores sócio-econômicos sobre os hábitos de vida?

Já afirmei em outra ocasião (Ferreira, 2001) que não se trata de desconsiderar que a alteração do nível de atividade física da população, assim como de muitas condições consideradas adversas à saúde, passa também pela modificação de comportamentos individuais. O que deve ser questionado, porém, é a eficácia e o uso político de tal abordagem, que tende a atenuar a necessidade de se lutar por mudanças no ambiente social e econômico.

Apenas como exercício mental, que se admita a exacerbação do papel determinante da prática da atividade física sobre a condição socioeconômica e ressalte-se o consenso em torno dessa prática como promotora de saúde, como leva a crer o documento em tela. Ainda que todo esse poder fosse conferido à prática da atividade física, a almejada redução da pobreza necessitaria trilhar um longo e tortuoso caminho, repleto de tensões e conflitos de interesses e de poder. Isto é, a almejada redução da pobreza implicaria considerar que eventuais ganhos obtidos com a “redução dos gastos com saúde”, com uma “economia mais vigorosa” e com os lucros auferidos a partir do “aumento da produtividade” (WHO/CDC/OPAS, 2000, p.1) subsidiassem ações que promovessem de fato uma transformação do quadro sanitário de um país, como redistribuição de renda, de terra e, portanto, de poder. Isso me lembra a estratégia econômica de Campos e Bulhões de fazer o bolo crescer para depois dividi-lo (Godoy Junior, 2006). Mas quem divide e para quem? Essas questões não podem ser respondidas sem se levar em conta o conflito de interesses entre os diferentes atores e grupos sociais. Assim, a suposta unanimidade acenada na origem em torno da prática da atividade física como meio de redução da pobreza se esmaece ao longo do caminho, na medida em que entram em cena ações políticas de diferentes atores, grupos e classes sociais.

Em suma, não há como negar o tom epidemiológico dos documentos aqui analisados (WHO/CDC/OPAS, 2000; WHO, 2000b; WHO, 2002a; WHO, 2004b), nos quais se explora a associação entre a prática de atividades físicas e um menor risco de desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis como benefício para a saúde. Em um deles (WHO/CDC/OPAS, 2000), chega-se a afirmar que “todos estão em risco – as conseqüências da inatividade para a saúde (e, por outro lado, os benefícios de ser fisicamente ativo) se aplicam a homens e mulheres, jovens e idosos, e a todo o espectro socioeconômico” (p.2). Não é de hoje que Petersen e Lupton (1996) assinalam que essa forma de pensar reflete a dissolução das fronteiras entre o saudável e o não-saudável, o

que contribui fortemente para que a epidemiologia seja usada como forma de controle social.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que o sedentarismo é tratado prioritariamente como fator de risco para doenças crônicas não-transmissíveis e a mudança de estilos de vida apontada como estratégia preferencial para redução desse risco, os documentos também fazem referência a idéias como políticas públicas saudáveis, ambiente saudável, equidade, *empowerment*, intersetorialidade que, indiscutivelmente, marcam a abordagem sócioambiental de Promoção da Saúde, ou simplesmente ‘Nova Promoção da Saúde’. Afinal de contas, a OMS é a maior responsável pela difusão da ‘Nova Promoção da Saúde’ que, como vimos no Capítulo I, surge em resposta à abordagem comportamentalista que marca a emergência da Promoção da Saúde nos anos 1970. Como bem assinala Carvalho (2004a), o conceito de risco também é estruturante da ‘Nova Promoção da Saúde’. Ou seja, o conjunto desses documentos reflete a ambigüidade que, como venho assinalando ao longo deste trabalho, é uma das marcas da Promoção da Saúde.

Outra forma de analisar a questão implicaria admitir a existência de um embate, no âmbito da própria OMS, entre diferentes concepções de Promoção da Saúde. Considerando que uma instituição não é uníssona, que em seu interior pode haver distintos projetos em disputa, e que a Promoção da Saúde vem sendo identificada com diferentes projetos de sociedade, estratégias de promoção da atividade física podem assumir, portanto, diferentes matizes. Por isso, antes de estender-me sobre as estratégias de promoção da atividade física desenvolvidas no Brasil, vejo-me na obrigação de tratar, ainda que brevemente, do processo de institucionalização da Promoção da Saúde no país.

A Institucionalização da Promoção da Saúde no Brasil

A promulgação da Constituição de 1988 inaugura uma nova fase para a sociedade brasileira e representa um avanço em direção a um Estado mais democrático. No que diz respeito à saúde, objeto pouco referenciado na Constituição de 1967, esse avanço é considerado ainda mais expressivo. Na nova Carta, a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2001a, p.144-145).

Com efeito, foram expressivas as mudanças na política de saúde, a começar pela instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios de universalidade, igualdade e equidade, e nas diretrizes de descentralização, participação e integralidade (Elias, 2004). Pode-se dizer que as bases desse novo sistema, fruto de intensa mobilização e participação da sociedade civil organizada, materializaram-se no texto final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou com mais de três mil participantes (Luz, 2000). As propostas dessa Conferência foram, em grande parte, incorporadas pelo SUS. Oficializava-se, então, uma política pública que buscava, ao menos no discurso, “a descentralização e a desconcentração em proveito de instâncias intermediárias de poder institucional” (Luz, 2000, p.302).

De fato, ao discutir o tema da centralização *versus* descentralização das políticas de saúde do Estado brasileiro no século XX, Luz (2000) afirma que a década de 90 foi marcada por um processo de descentralização da política de saúde, entendido como a delegação de funções ou transferência de ações para níveis territoriais menores e periféricos do sistema. Esse processo, no entanto, não se deu sem conflitos; mas sob forte tensão entre a ação da sociedade civil organizada em prol de uma política de saúde universalista, hierarquizada e democrática – em grande parte contemplada pela implantação do SUS no final da década de 80 – e a política neoliberal emergente no início da década de 90 com o governo de Fernando Collor de Melo, notadamente centralizadora do poder político.

Como resultado dessa tensão, a descentralização se deu de forma incompleta, pois foi acompanhada da *concentração* de poder em nível federal, manifesta na restrita autonomia decisória conferida ao nível periférico (municípios e localidades) no que tange à gestão de serviços e ao controle dos recursos financeiros. Não obstante, aponta-se uma tendência à *descentralização* com *desconcentração* na política de saúde, tendo em vista a constante pressão exercida pela sociedade civil organizada, segmentos profissionais e poder público municipal pela democratização do Estado brasileiro (Luz, 2000).

Do ponto de vista legal e normativo, os princípios de universalidade, democracia, descentralização e participação do SUS são semelhantes aos da Promoção da Saúde, com o que concordam alguns autores (Castro, Malo, 2006b; Morais Neto, Castro, Gosch, 2006; Carvalho *et al.*, 2004; Mercadante, 2002). Por outro lado, do ponto de vista político, a proposta original do SUS nada tem a ver com as políticas neoliberais (Luz, 2000). Assim, há que se ter clareza como a Promoção da Saúde,

ideário que pode se prestar a perspectivas tanto conservadoras quanto críticas, vem sendo abrigada no SUS.

Quando a última Carta Magna brasileira foi promulgada, apenas dois anos haviam se passado desde a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá. Em 1988, embora a Promoção da Saúde já começasse a se consolidar como parâmetro balizador para políticas públicas de saúde em diversos países (Carvalho, 2004a; Bunton, MacDonald, 1995), no Brasil, o debate acerca de seu ideário ainda era incipiente. Na década de 90, porém, a Promoção da Saúde começava a surgir como referência para o campo da saúde no Brasil, ao mesmo tempo em que se intensificava a política neoliberal crescentemente implementada nos governos de Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso. Pode-se dizer que na segunda metade da década de 90, quando o SUS começa a enfrentar reveses em relação ao seu projeto original, intensificam-se as discussões sobre Promoção da Saúde no Brasil, o que se reflete em termos de produção científica a partir de 2000³³. Esse é o cenário no qual a Promoção da Saúde vai se estabelecendo como referência para ações e políticas de saúde e, conseqüentemente, se institucionalizando no Brasil.

Em 1997, esse processo é facilitado por mudanças na estrutura regimental do Ministério da Saúde. Por meio de decreto presidencial, são acrescentadas à estrutura do Ministério as Secretarias de ‘Projetos Especiais de Saúde’ e de ‘Políticas de Saúde’, competindo a essa última a coordenação das ações de formulação da política de saúde e de sua avaliação no âmbito do SUS (Brasil, 1997). Segundo Carvalho, Westphal e Lima (2007), essa reforma da estrutura regimental do Ministério, com a inclusão da ‘Secretaria de Políticas de Saúde’, teve um impacto positivo na disseminação e clarificação da Promoção da Saúde, facilitando a inclusão de seus princípios, valores e estratégias na formulação, implementação e avaliação de políticas e programas no campo da saúde. Com efeito, a partir de 1998, o Ministério da Saúde se dedica a construir uma Política Nacional de Promoção da Saúde capaz de conferir a esse ideário maior institucionalidade e fortalecimento no SUS (Castro, Malo, 2006b).

De fato, coube à ‘Secretaria de Políticas de Saúde’ elaborar o projeto (Carvalho, Westphal, Lima, 2007) que, a meu ver, foi um marco no processo de institucionalização da Promoção da Saúde no Brasil. Em 1998, o Projeto ‘A Promoção da Saúde em um Novo Modelo de Atenção’ (BRA/98/006) foi instituído pelo governo brasileiro em cooperação técnica com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

³³ A afirmação se baseia em busca feita no *Scielo* [*Scientific Electronic Library Online*] com o descritor ‘Promoção da Saúde’ [Acesso em 28 nov 2005].

(PNUD). Com orçamento de R\$ 38.994.200,00³⁴, o Projeto BRA/98/006 foi elaborado para “viabilizar a transformação do modelo de atenção vigente, a partir da implementação e consolidação da promoção da saúde no país, [...] entendida como um processo social e político, que se desenvolve mediante ações interligadas e articuladas, entre os setores governamentais e a sociedade” (PNUD/ABC/MS, 1999, p.12). Entre os resultados esperados com esse Projeto, destacava-se a formulação e implementação da ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’, a ser construída participativamente entre os demais setores governamentais e a sociedade brasileira (PNUD/ABC/MS, 1999).

Nesse ponto da exposição, gostaria de abrir um parêntese para rapidamente explicar em que consistem e como funcionam os Projetos BRA. Essa breve digressão será importante para, mais à frente, podermos entender como certas entidades se vincularam ao Projeto BRA e, por conseguinte, à Promoção da Saúde. Na prática, os Projetos BRA são um mecanismo de operacionalização e agilização das ações governamentais. Seus recursos, gerenciados por organismos internacionais, são mais facilmente executados, pois estão sujeitos a outras normas que não as da legislação nacional. Isso porque os Projetos BRA são implementados sob a égide do ‘Acordo Básico de Assistência Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização das Nações Unidas, suas Agências Especializadas e a AIEA’, em vigor desde maio de 1966 (PNUD/ABC/MS, 1999).

Do desenvolvimento de Projetos BRA participam três instituições: um órgão do governo brasileiro, um organismo internacional e, obrigatoriamente, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), órgão do Ministério das Relações Exteriores responsável por negociar, coordenar, implementar e acompanhar programas e projetos brasileiros de cooperação técnica, executados com base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais³⁵. Em linhas gerais, a execução do projeto cabe ao governo e a gerência e fiscalização da aplicação de seus recursos, ao organismo internacional. No caso do Projeto BRA/98/006, essas tarefas foram realizadas, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelo PNUD, que recebia 3% do valor do projeto (PNUD/ABC/MS, 1999). Embora a administração financeira seja feita pelo organismo internacional, vale ressaltar que os recursos para o desenvolvimento dos projetos BRA provêm do orçamento da União. Na prática, esses recursos são usados

³⁴ Valor equivalente a US\$ 24,441,163.00, à taxa média de conversão das Nações Unidas de fevereiro de 1999 de R\$ 1,60 (PNUD/ABC/MS, 1999).

³⁵ Informação obtida em: <http://www.mre.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=1271>. Acesso em: 18 abr. 2007.

para financiar alguns mecanismos de contratação e de prestação de serviços, dentre os quais estão os ‘Contratos de Pequenos Serviços’, que podem ser firmados tanto com pessoas físicas quanto jurídicas. Fecha parênteses.

Bem, tendo como horizonte a implantação de uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’, o governo brasileiro, por intermédio da ‘Secretaria de Políticas de Saúde’ e com base no Projeto ‘A Promoção da Saúde em um Novo Modelo de Atenção’ (BRA/98/006), ampliou e intensificou o debate entre profissionais, associações científicas e gestores sobre o ideário da Promoção da Saúde. De 1998 para cá, foram muitas as discussões, análises de contradições e buscas de consensos mínimos em torno da Promoção da Saúde. Em 2002, nascia um dos resultados desse longo debate: o documento para discussão sobre uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’ (Brasil, 2002a). No mesmo ano, era realizada em São Paulo, a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, contando com a participação de quase 1500 pessoas provindas de 18 países. Tendo como tema ‘Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para a Saúde: situação atual e perspectivas’, o objetivo da Conferência foi estimular e desenvolver a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, saúde e educação para a saúde na América Latina, e debater princípios, estratégias e compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais na região (IUHPE/FSPUSP/OPAS/MS, 2002). Esse conjunto de ações contribuía, assim, para a consolidação da Promoção da Saúde como referência para ações e políticas do governo federal no campo da saúde.

Entretanto, a aprovação da ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’, que parecia iminente, sofre um recuo quando, em janeiro de 2003, toma posse o governo de Luis Inácio Lula da Silva. Com isso, o Ministério da Saúde sofre nova reformulação, tanto no seu quadro dirigente como em sua estrutura organizacional. A ‘Secretaria de Políticas de Saúde’ criada no governo Fernando Henrique Cardoso (Brasil, 1997; Brasil, 2001d) é extinta (Brasil, 2003) e o Projeto BRA/98/006, até então sob sua responsabilidade, passa a ser gerido pela Secretaria Executiva, além de sofrer alterações de forma e de conteúdo. Como Secretário Executivo, assume Gastão Wagner Campos³⁶, ator mais simpático à Saúde Coletiva do que à Promoção da Saúde. Como já assinalai (vide página 39), para Campos (2005), muitos pesquisadores, intelectuais e dirigentes brasileiros preferiram aderir à novidade vinda do norte a tentar preencher as lacunas

³⁶ Gastão Wagner Campos exerce o cargo de Secretário Executivo do Ministério da Saúde de janeiro de 2003 a março de 2005 (Informação obtida em seu currículo Lattes. Acesso em: 19 abr. 2007).

ainda deixadas pelo movimento da Saúde Coletiva, produção nacional que, bastante influenciada pelo marxismo, estruturalismo e pós-estruturalismo francês, se opôs ao império biomédico dominante nas práticas em saúde, enfatizando a determinação social da saúde e da doença, a estreita relação entre política e direito à saúde e a construção de um sistema público de saúde que garantisse atendimento universal e que contemplasse os vários componentes do cuidado da saúde.

À primeira vista, portanto, parecia inevitável um recuo no processo de construção de uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’. Havia, no entanto, dois fatos que apontavam em sentido oposto e que, então, não podiam ser desconsiderados pelos dirigentes que assumiam o Ministério da Saúde. Primeiro, o acúmulo de discussões sobre Promoção da Saúde que, mal ou bem, vinha ocorrendo desde 1998, envolvendo a comunidade científica e entidades vinculadas ao campo da saúde. Segundo, o fato de o Projeto BRA/98/006 viger até 31 de dezembro de 2003 e ainda dispor de recursos a serem executados (PNUD/ABC/MS, 1999), sobretudo para custear a definição e promulgação de uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’, objetivo até então não alcançado (Ministério da Saúde, 2004?). Em tempos de globalização e de políticas de ajuste fiscal, quem, em sã consciência, abriria mão desses recursos?

Assim, tem seguimento no novo governo o debate sobre uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’. A meu ver, porém, os novos atores em cena, muitos deles ligados ao movimento da Saúde Coletiva (Carvalho, Westphal, Lima, 2007), impõem outros rumos para a discussão sobre Promoção da Saúde, entendendo-a como uma das formas de produção de saúde, categoria analítica cara ao movimento da Saúde Coletiva, e colocando-a em defesa do SUS e de políticas públicas comprometidas com a equidade e a justiça social (Campos, 2006). Essa perspectiva de Promoção da Saúde, no entanto, certamente não era compartilhada por todos os envolvidos na discussão sobre uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’, o que provavelmente motivou extensos debates. E, assim, ao longo de 2003 e 2004, foram criados grupos de discussão e realizados congressos, seminários, fóruns e oficinas, promovidos tanto pelo Ministério como por entidades profissionais, como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [ABRASCO] (Castro, Malo, 2006b; Carvalho, Westphal, Lima, 2007), a fim de se construir modos de agenciamento entre a perspectiva promocional e o SUS (Castro, Malo, 2006b).

Entretanto, em março de 2005, com a demissão do Secretário Executivo Gastão Wagner Campos³⁷ e de boa parte de sua equipe, altera-se, a meu ver, a correlação de forças entre os atores do Ministério da Saúde que buscavam a aproximação da Promoção da Saúde aos preceitos do movimento da Saúde Coletiva e os que a associavam mais à redução na prevalência de doenças crônicas e de acidentes. Nesse momento, então, a responsabilidade sobre a elaboração da ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’ passa para a ‘Secretaria de Vigilância e Saúde’. A essa altura, porém, o acúmulo de discussões sobre Promoção da Saúde no âmbito do Ministério já não comportava mais protelações. Então, em julho de 2005 é instituído o Comitê Gestor da ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’ (Brasil, 2005) que, em março de 2006, é, finalmente, promulgada (Brasil, 2006a). Ao menos oficialmente, a Promoção da Saúde institucionalizava-se, enfim, no âmbito do poder público federal.

Desse breve histórico, posso depreender que nenhuma instituição é monolítica. Ações são fruto de embates entre diferentes atores, grupos sociais e forças políticas num constante jogo conflituoso de poder. A meu ver, no início do governo de Luis Inácio Lula da Silva, o papel desempenhado por Gastão Wagner Campos – declaradamente partidário dos princípios do movimento da reforma sanitária (Campos, 2005) – à frente da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde foi decisivo para que o debate sobre Promoção da Saúde, remanescente do governo anterior, avançasse numa perspectiva mais crítica. À época, a intenção da Secretaria Executiva era integrar a Promoção da Saúde ao SUS, tomando-a muito mais como uma estratégia de produção de saúde do que um subterfúgio para justificar a reduzida participação do Estado na atenção básica em saúde.

Com a saída de cena desse ator e da maior parte de sua equipe, ganha força no Ministério uma perspectiva de Promoção da Saúde mais normatizadora, atrelada ao enfrentamento de doenças crônicas por meio de mudanças de estilos de vida com vistas à redução do risco epidemiológico. Essa dinâmica de conflitos se expressa em marcas deixadas ao longo desse período, como: a alocação da Promoção da Saúde na Secretaria Executiva e, depois, na Secretaria de Vigilância em Saúde; o esforço de encarnação da Promoção da Saúde ao SUS ao lado da criação de campanhas como ‘Brasil Saudável’ e ‘Pratique Saúde’³⁸; e a aprovação de uma ‘Política Nacional de Promoção da Saúde’

³⁷ Informação obtida em seu Currículo Lattes. Acesso em: 19 abr. 2007.

³⁸ As campanhas ‘Brasil Saudável’ e ‘Pratique Saúde’ foram lançadas em 25/06/2005 e 07/10/2005, respectivamente, tendo como principal objetivo promover hábitos de vida saudáveis na população, com vistas à redução de riscos de doenças crônicas. Ambas as campanhas, que centram suas estratégias em mudanças comportamentais individuais e na informação como forma de conscientização, caracterizam-se

que a vê como estratégia de produção de saúde que valoriza os espaços públicos de convivência para o desenvolvimento de suas ações (Brasil, 2006a) e um ‘Pacto pela Vida’³⁹ que enfatiza a mudança de comportamentos via internalização da responsabilidade individual (Brasil, 2006b). A análise do processo de institucionalização da Promoção da Saúde no sistema de saúde brasileiro demonstra e reforça a maleabilidade desse ideário a diferentes projetos de sociedade. Como venho dizendo, há que se estar atento à Promoção da Saúde de que se fala, o que exige a análise acurada de contextos, palavras e seus significados. Agora, então, vejamos em linhas gerais como a atividade física vem sendo promovida e associada à saúde no Brasil.

A Promoção da Atividade Física no Brasil: um breve histórico

No Brasil, a difusão da prática da atividade física para a melhoria da saúde, até onde pude identificar, remonta às primeiras décadas do século XX. Em 16 de maio de 1932, sob a responsabilidade do professor de Educação Física Oswaldo Diniz Magalhães, vai ao ar na Rádio Educadora Paulista o programa intitulado ‘A Hora da Ginástica’, considerado “uma escola radiofônica de saúde, de moral e de civismo em benefício da coletividade” (Carvalho, 1994, p.6). O programa, que era realizado diariamente e durava cerca de 30 minutos, constituía-se de dois blocos: ginástica e suplemento. No primeiro bloco, propunha-se a prática de marcha, exercícios (livre e com bastão), corrida e marcha novamente. O segundo bloco, que servia de suporte teórico às aulas realizadas pelos rádio-ginastas, era destinado à divulgação de informações de caráter educativo e incluía as seguintes partes: (a) leitura do pensamento do dia, de efemérides (como datas nacionais e dados biográficos de pessoas ilustres) e de correspondências de ouvintes; (b) Educação Moral e Cívica; (c) hino dos rádio-ginastas ‘*Sempre a postos pelo Brasil*’; e (d) apresentação da filosofia e dos objetivos da Educação Física, enfatizando o valor da ginástica, dieta, exercícios, alimentação, higiene pessoal e social, além da importância de realização periódica dos exames médicos (Assumpção, 2003).

por uma abordagem essencialmente comportamentalista e biologicista. Ao que tudo indica, a campanha ‘Pratique Saúde’ substituiu a do ‘Brasil Saudável’, da qual não se tem mais notícias no portal do Ministério da Saúde. Para maiores detalhes sobre essas campanhas, sugiro ver, respectivamente, http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=919 e <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brasil%20saudavel.pdf>.

³⁹ O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS (municipais, estaduais e nacionais) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

Após ser transmitido pela Rádio Educadora Paulista (1932), Rádio Mayrink Veiga (1933-1936), Rádio Nacional (1936-1945), Rádio Globo (1946-1970) e Rádio MEC (1955-1972), a ‘Hora da Ginástica’ foi encerrado no dia 16 de maio de 1972, ao completar 40 anos de transmissão ininterrupta. Vale reproduzir trecho da fala de despedida do Prof. Magalhães que, a meu ver, traduz bem a essência do programa:

“Queridos rádio-ginastas! Minha longa e sentida despedida começaram (sic.) no dia 21 de abril passado, e termina nestes minutos finais da minha presença ao microfone da Rádio MEC. Apesar de tudo, sinto-me confortado por haver podido chegar a esta etapa dos quarenta anos. Dentro da rádio instável e volúvel, nenhum outro programa alcançou tão prolongada existência. Atravessei períodos realmente difíceis, fases em que os empecilhos somente foram vencidos ou contornados, graças à minha força de vontade e convicção quanto à utilidade de nossa escola. Dediquei o melhor período da minha vida a esta **campanha de saúde e de energia pelo rádio**. Não me arrependi: pelo contrário, sou feliz por isso. Não poderia ter realizado outro trabalho tão útil, tão patriótico e humanitário. Não pudemos realizar todo o plano geral, por nos faltarem, infelizmente, os meios necessários. Contudo, efetuamos grande parte desse plano, através das aulas e do suplemento, ensinando ginástica, higiene, moral e civismo, história, pátria, transformando os lares em ginásios, **criando o disciplinado e ativo Exército da Saúde**, para lutar, sem esmorecer, a favor da **eugenia nacional**, a base sólida em que se firmará a pujança da raça – elemento vital para a grandeza do Brasil. O nosso monumento na Praça Saens Pena lembrará, por muito tempo, a participação monumental dos admiráveis rádio-ginastas no melhoramento físico e moral da gente brasileira. [...] Lembrar-me-ei de vocês. Imensa multidão de crianças e adultos, gente risonha e simpática, bons companheiros e amigos. Lembrar-me-ei de todos. Saúde e felicidades, rádio-ginastas [grifos meus]” (Magalhães *apud* Carvalho, 1994, p.155-156).

Considerando a audiência e a longevidade do programa, não se pode menosprezar sua influência na difusão da prática da atividade física e sua associação com a saúde. Porém, no que se refere a programas e campanhas de promoção da atividade física de âmbito nacional, o movimento ‘Esporte para Todos’ aparece como um dos pioneiros no país.

O Movimento ‘Esporte para Todos’

O Esporte para Todos (EPT) é um movimento que tem origem na década de 60 na Noruega e rapidamente se dissemina para outros países, assumindo, porém, diferentes denominações, como TRIM (Noruega, Suécia, Dinamarca e Holanda), TRIMM (Alemanha Oriental e Islândia), *Life be in it* (Austrália), *Particip-Action* (Canadá), *Sport Biennale* (Bélgica), *Physical Fitness and Sports* (EUA), *Fit Aktion* (Áustria), *Contamos Contigo* (Espanha) (Costa, Takahashi, 1978). O movimento surge

impulsionado pela aceitação do esporte como elemento de união entre as “divergências características da atualidade – ideológicas, culturais, raciais, de desenvolvimento, de sexo, de idade e de renda” (Costa, Takahashi, 1978, p.6). Certamente, essa característica de união atribuída ao esporte favoreceu o surgimento e o desenvolvimento desse movimento no Brasil, na década de 70, período em que o país esteve sob o controle de sucessivos governos militares iniciados em 1964, após um golpe de Estado.

Para entender, porém, o contexto em que o EPT surge no Brasil, é preciso voltar um pouco no tempo e analisar como o Estado brasileiro se posiciona em relação à prática esportiva e de atividades físicas em geral. Pode-se dizer que o Decreto-Lei nº 3199 (Brasil, 1941) é a primeira iniciativa do Estado brasileiro de estabelecer as bases da organização dos esportes no país. Para tanto, já em seu artigo primeiro é criado o Conselho Nacional de Desportos (CND), destinado a orientar, fiscalizar e incentivar a prática dos esportes em todo o território nacional. O autor intelectual deste Decreto-Lei, assinado por Getúlio Vargas, foi João Lyra Filho⁴⁰. À época, a preocupação maior era disciplinar e organizar o funcionamento das entidades desportivas brasileiras (confederações, federações, ligas e associações desportivas), sua subvenção financeira e sua participação em competições esportivas internacionais.

Uma das características desse Decreto-Lei foi a vinculação do esporte nacional à tutela do Estado brasileiro, tanto no que diz respeito à subvenção quanto à sua organização. A burocratização do sistema esportivo foi, portanto, uma marca dessa legislação. A autonomia das entidades esportivas era muito restrita, pois dependiam do CND para praticamente tudo, da aprovação de seus estatutos à autorização para a participação em competições internacionais. Vale dizer ainda que o CND, que foi instituído no Ministério da Educação e Saúde⁴¹, era composto por nove membros, todos nomeados pelo Presidente da República, dentre pessoas de elevada expressão cívica, e que representassem, em seus vários aspectos, o movimento desportivo nacional.

O quadro de burocratização, de restrição da autonomia das entidades esportivas, e de vinculação e dependência do esporte nacional ao Estado brasileiro não se altera muito com a promulgação da Lei 6251 que, em 1975, institui normas gerais sobre os desportos. Por outro lado, essa Lei traz em seu arcabouço uma inovação. Ela prevê a definição de uma Política Nacional de Educação Física e Desportos que visa ao (a)

⁴⁰ Mais tarde, João Lyra Filho seria um dos primeiros reitores da Universidade da Guanabara (UEG), na década de 70 (hoje Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ), e um dos principais artífices da criação do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD) naquela universidade, em 1974.

⁴¹ Nessa época, educação e saúde dividiam a mesma pasta. O Ministério da Saúde só foi criado em 25 de julho de 1953.

“**aprimoramento da aptidão física da população**; (b) elevação do nível dos desportos em todas as áreas; (c) **implantação e intensificação da prática dos desportos de massa** [grifos meus]; (d) elevação do nível técnico-desportivo das representações nacionais; e (e) difusão dos desportos como forma de utilização do tempo de lazer”⁴² (Brasil, 1975).

A meu ver, o objetivo de melhoria da aptidão física da população e a referência à prática do desporto de massa como forma de lazer, até então omitidos pela legislação, abrem caminho para a oficialização do EPT, o que se concretiza em 1977. Por meio de um acordo entre o Departamento de Desportos e Educação Física (DED) e o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), cabe a esse último organizar e dirigir a campanha EPT no país.

Com o objetivo principal de alfabetizar jovens e adultos, o Mobral como executor do EPT podia parecer algo inusitado. Porém, para o então coordenador do EPT, Lamartine Pereira da Costa, essa tarefa lhe era bastante apropriada. As justificativas apontadas eram várias. Uma delas ressaltava a vantajosa posição do Mobral, em termos institucionais, na estrutura administrativa do Estado brasileiro. Embora vinculado ao Ministério da Educação e Cultura, o Mobral era uma fundação com autonomia administrativa e financeira, o que lhe conferia flexibilidade para gerir seus recursos que, à época, não eram poucos. Para se ter uma noção, em 1976, esses recursos atingiram a monta de Cr\$ 411.000.000,00, sendo Cr\$ 227.000.000,00 provenientes de doações de empresas (via imposto de renda), Cr\$ 168.000.000,00 da loteria esportiva e Cr\$ 16.000.000,00 de outras fontes públicas e privadas (Costa, 1977). Hoje, esses valores corresponderiam a aproximadamente R\$ 323.700.024,30, R\$ 178.783.225,10, R\$ 132.315.338,40 e R\$ 12.601.460,80, respectivamente⁴³.

Além disso, a partir do contato estabelecido entre técnicos do Mobral e comunidades de diferentes regiões, foi identificada uma demanda reprimida de participação esportiva no país. A polivalência na condução de atividades e programas, as condições organizacionais e a experiência do Mobral com ações de massa facilitavam o atendimento dessa demanda. Tratava-se ainda de um movimento de massa, de amplo alcance populacional, o que se alinhava aos objetivos da versão brasileira do EPT, dentre os quais se destacava o de massificação esportiva (Costa, 1977).

⁴² De modo a viabilizar o alcance desses objetivos, a Lei confere ao Ministério da Educação e Cultura a incumbência de elaborar o ‘Plano Nacional de Educação Física e Desportos’ (PNED).

⁴³ Valores atualizados para fevereiro de 2006 considerando-se como referência inicial o mês de junho de 1976 e valendo-se da Planilha de Conversão disponível no portal do Banco Central do Brasil.

Realmente, EPT e desporto de massa eram termos que caminhavam juntos, para não dizer imbricados, o que às vezes era motivo de confusão acerca de seus significados. Nesse ponto da discussão, portanto, vale ressaltar a distinção entre desporto de massa e EPT feita por Costa e Takahashi (1978). Segundo esses autores (pioneiros na implantação do EPT no Brasil), desporto de massa é o nome técnico adotado para identificar a alternativa da prática fora do ambiente escolar ou da organização esportiva formal (clube, federação, liga etc)⁴⁴. Já EPT “é uma expressão usada para designar a filosofia dos diversos movimentos surgidos na Europa na década de 60, buscando uma maior informalidade e procurando descaracterizar a elitização crescente da atividade esportiva” (Costa, Takahashi, 1978, p.13).

De fato, a vinculação entre desporto de massa e lazer é nítida e se expressa, por exemplo, no primeiro objetivo a ser perseguido pelo EPT: “orientar o tempo livre para a prática esportiva com prazer e alegria de modo voluntário e sem prejudicar as demais possibilidades educacionais e culturais” (Costa, Takahashi, 1978, p.11). Importante lembrar que à época da promulgação do Decreto-Lei nº 3199 (Brasil, 1941), a associação, na esfera legal, entre atividade física (desporto) e saúde se dava por conta da alocação do Conselho Nacional de Desportos no Ministério da Educação e Saúde, a meu ver, mais por uma questão burocrática do que por afinidade de princípios. Tanto que, em 1975, após a separação do Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Educação e Cultura (MEC) e Ministério da Saúde, é ao MEC que cabe a tarefa de elaborar as diretrizes para o desporto nacional, incluindo sua manifestação de massa (vide nota 42).

Isso, porém, não significa que os atores sociais envolvidos na elaboração das leis e organização do desporto de massa não aceitassem a relação entre atividade física (desporto) e saúde. Pelo contrário. No rol de objetivos do EPT, por exemplo, a saúde aparece relacionada em segundo lugar, cabendo, pois, a esse movimento “criar oportunidade 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” (Costa, Takahashi, 1978, p.11). Embora possa parecer secundária, dada a prevalência do tema do lazer para o EPT, a associação entre atividade física (desporto) e saúde assume contornos ainda mais nítidos quando

⁴⁴ Em alguns países socialistas, advertem Costa e Takahashi (1978), a expressão perde esse sentido uma vez que o esporte estudantil, o comunitário (clubes), o de trabalhador e outros, assumem dimensões de massa e, portanto, se confundem.

ampliamos o foco de análise e consideramos, por exemplo, elementos iconográficos do EPT no Brasil.

A observação assistemática de um dos periódicos mais antigos na área de Educação Física, a Revista Brasileira de Educação Física e Desportos⁴⁵, editada pelo MEC de 1968 a 1984⁴⁶, reforça minha argumentação. A capa da revista de número 50, de 1982, traz uma foto de crianças brincando num parque e, logo abaixo, a seguinte frase: “Esporte para Todos: saúde, lazer, integração”. A associação com a saúde é expressa também pela possibilidade de se obterem benefícios de ordem fisiológica por meio da prática de atividades físicas não-desportivas. Um dos folhetos do EPT de divulgação de um ‘Passeio de Bicicletas’ defendia a idéia de que, ao participar do evento, “você pode[ria] fazer um grande bem ao seu coração” (Costa, Takahashi, 1978, p.83).

Há ainda outros elementos iconográficos na Revista de Educação Física e Desportos que denotam a associação entre saúde e atividade física. Embora anteriores a 1977, vamos citá-los, à guisa de ilustração, uma vez que refletem um pouco do contexto em que surge o EPT no Brasil. Em 1973, por exemplo, na contracapa da edição de número 12, há seis cartazes que enaltecem o desporto e a Educação Física. Em dois deles, identifica-se a associação entre esporte e saúde. No primeiro, há bolas de diferentes desportos jogadas ao alto e a afirmação: “Use as nossas bolinhas. Elas dão saúde”. O segundo retrata uma mulher arremessando um peso e, logo acima, lê-se: “Desporto é saúde”.

O EPT surge na metade do período em que durou o regime militar no Brasil (1964-1985), época conturbada de cassação de direitos e de garantias constitucionais, o que ensejou, obviamente, críticas ao seu conteúdo ideológico. Uma delas colocava o EPT “a serviço da despolitização da massa à medida que afasta[va] o indivíduo de sua realidade social para cultivá-lo num espaço esportivo, abstrato, onde se exercita a obediência e a disciplina” (Cavalcanti, 1982, p.124). De fato, um dos trabalhos mais relevantes nesse sentido foi o de Cavalcanti (1982), cujo objetivo foi investigar a essência do discurso sobre o EPT no Brasil por meio da análise de conteúdo do periódico ‘Comunidade Esportiva’, editado pela Rede EPT, e de documentos nacionais e internacionais sobre o tema.

⁴⁵ Até o momento, tive acesso aos seguintes números: 9-24; 28-30; 33-38; 40-41.

⁴⁶ Essa revista passa por várias denominações, a saber: Boletim Técnico Informativo (1968-1969), Revista Brasileira de Educação Física e Desportiva (1970-1971), Revista Brasileira de Educação Física (1972-1974) e Revista Brasileira de Educação Física e Desportos (1975-1984).

Há, por outro lado, quem conteste essas inferências, isto é, a idéia de que o EPT tenha sido usado politicamente com a intenção de alienar os participantes do contexto vigente na época, quando vários países da América Latina atravessavam períodos de autoritarismo militar. Tubino (2003), por exemplo, argumenta que o movimento não tinha essa conotação, uma vez que seus fundamentos já eram internacionais e, portanto, não apoiados em circunstâncias nacionais. Segundo ele, o EPT surge a partir da denúncia do desporto de alto rendimento como foco prioritário do Estado. Tendo sempre como objetivo a democratização das práticas desportivas, o EPT, ao longo de sua existência, assume diferentes sentidos e abordagens, indo da incorporação da perspectiva do esporte-lazer à atual ênfase na [P]romoção da [S]aúde (Tubino, 2003).

No que concerne à menção da Promoção da Saúde, gostaria de abrir aqui um parêntese. Na época em que o EPT surge no Brasil, a Promoção da Saúde ainda ensaiava seus primeiros passos em direção a tornar-se uma referência para as questões de saúde. Cabe lembrar que nessa etapa do desenvolvimento da Promoção da Saúde, as discussões giravam em torno do informe Lalonde e do relatório '*Healthy People 1979*', ambos com forte inspiração epidemiológica. Como veremos mais adiante, o fim do EPT no Brasil se dá pouco antes da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa. Até esse momento, portanto, não identifiquei uma associação direta entre o EPT e o ideário da Promoção da Saúde, o que não impediu, porém, que a saúde fosse apontada por esse movimento como um dos benefícios da prática regular de atividades físicas. Porém, a recente afirmação de Tubino (2003) de que atualmente o EPT incorpora a perspectiva da Promoção da Saúde é, sem dúvida, algo que merece ser analisado. O que exatamente o autor quer dizer com essa afirmação? Ele parece referir-se ao termo EPT para expressar a idéia de democratização e difusão da prática de atividades físicas que hoje, segundo ele, estaria impregnada pela Promoção da Saúde. Até que ponto, porém, procede tal afirmação? A que abordagem de Promoção da Saúde Tubino (2003) estaria se referindo? Retomarei esse ponto mais adiante.

Voltando aos propósitos subjacentes ao EPT, independentemente das argumentações de ambos os lados (Cavalcanti, 1982; Tubino, 2003), não há como negar que durante o regime militar houve limitação e suspensão das liberdades civil e política. O Ato Institucional nº 5 talvez seja o maior exemplo disso. Esse Ato, que vigorou de 13 de dezembro de 1968 a 31 de dezembro de 1978, reforçou o poder discricionário do regime militar ao conferir ao presidente o poder de cassar mandatos, suspender direitos

políticos, confiscar bens, dentre outras medidas repressivas como o fim da garantia do *habeas corpus*.

Mesmo antes disso, muitos brasileiros foram exilados pelo fato de os resultados de suas atividades profissionais não serem bem aceitos pelo regime militar. Esse foi o caso de Paulo Freire, idealizador do Programa Nacional de Alfabetização (PNA) implantado em janeiro de 1964 durante o governo de João Goulart. A proposta do programa não era apenas ensinar os analfabetos a ler e escrever, mas lhes permitir a possibilidade de ler o mundo e reconhecer sua capacidade de alterá-lo. Sem dúvida, iniciativas que se opunham às idéias do regime militar não encontravam abrigo e, portanto, eram recusadas ou censuradas. Ou seja, na época, as condições históricas eram adversas à implementação de políticas que se opusessem (ou não se alinhassem) às idéias do regime militar. Decerto esse não foi o caso do EPT. Ao assumir os objetivos peculiares ao esporte de massa, nas suas diversas dimensões (lazer, saúde, desenvolvimento comunitário, integração social, civismo, humanização das cidades, valorização da natureza, adesão à prática esportiva, adesão ao esporte organizado e valorização do serviço à comunidade) (Costa, Takahashi, 1978), pode-se dizer que o EPT teve no regime militar um grande incentivador, pelo menos num primeiro momento.

Antes mesmo da deflagração da campanha EPT sob os auspícios do Mobral, foi lançada, em 1975, a campanha 'Mexa-se' pela Rede Globo de televisão, com o objetivo de mobilizar a população brasileira para a prática da atividade física. O alcance da campanha foi, sem dúvida, bastante amplo, como é peculiar às inserções veiculadas pela mídia televisiva. Pairam dúvidas, porém, quanto à sua eficácia no que diz respeito ao aumento da participação popular na prática esportiva (Costa, Takahashi, 1978). Na análise desses autores, a televisão pode predispor o espectador à prática sem, no entanto, garantir a mudança de hábitos. Para isso, segundo os autores, teria sido necessário à campanha 'Mexa-se' complementar suas estratégias com a formação de *agentes de mudança*.

Com efeito, esse parece ser um imbróglio a ser resolvido por programas de promoção da atividade física que visam à mudança de um comportamento complexo: a inatividade física ou sedentarismo, como alguns preferem chamar. O hábito de praticar atividades físicas depende de inúmeros fatores, o que torna esse comportamento mais complexo que o costume de usar o cinto de segurança, por exemplo. De fato, esse processo de mudança de comportamento vem sendo objeto de estudo de muitos pesquisadores que, entre outros achados, vêm produzindo vários modelos explicativos

(ainda que com muitas limitações) na tentativa de dar conta do fenômeno da adesão à prática regular de atividades físicas (Farinatti, Ferreira, 2006). Embora muitos desses modelos comportamentais tenham sido propostos nas décadas de 70 e 80 (vide p.15), não chegaram a ser utilizados para apoiar as estratégias do EPT.

O grande apoio que o EPT encontrava no governo começa a se arrefecer juntamente com o enfraquecimento do regime militar, à medida que o país avançava no processo de redemocratização. A profunda crise econômica, a pressão da população por eleições diretas, o crescimento e fortalecimento dos partidos de oposição, ressurgidos com a revogação do bipartidarismo no final de 1979, foram elementos que contribuíram para esse processo. Com o fim do Mobral que, abrigado no poder central e com relativa autonomia financeira e administrativa, dava sustentação a inúmeras iniciativas de massa, findam programas, entre eles o EPT. O fim do Mobral, em 1985, e de outras organizações criadas no período de governos militares coincide com a derrocada desse regime, que se inaugura com a eleição de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral. O lugar do Mobral é ocupado pela Fundação Educar, que abriu mão de executar diretamente os programas, passando a apoiar financeira e tecnicamente as iniciativas de governos, entidades civis e empresas a ela conveniadas (Ribeiro, 1997).

Mas o hiato, no que toca a iniciativas de promoção da atividade física em âmbito nacional, não duraria muito tempo. Ainda na década de 80, outros programas e campanhas de abrangência nacional surgiriam, mas com sutil reorientação de diretrizes e de vinculação institucional: um crescente destaque ao combate do sedentarismo, cada vez maior na população brasileira, e uma maior aproximação com o campo da saúde.

O Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte

Em 1986, foi criado o ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ com os objetivos de:

- “- melhorar a qualidade de vida da população através do exercício físico e do esporte;
 - educar e motivar a comunidade para o binômio exercício físico e saúde;
 - fortalecer a educação física e o esporte na escola, enfatizando os aspectos de saúde e de socialização;
 - incentivar a prática do exercício físico nas empresas;
 - realizar, incentivar e apoiar trabalhos de pesquisa na área do exercício físico e saúde;
 - avaliar os efeitos do exercício físico e do esporte na saúde da comunidade”
- (Brasil, 1986, p.5)

Em linhas gerais, pode-se dizer que a idéia era contribuir para o aumento da prática desportiva e de atividades físicas por parte da população, conscientizando-a sobre a importância da atividade física como fator de saúde e estimulando o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de vida. Em 1987/1988, o Programa foi implantado em 14 estados através de convênios com universidades públicas e a Secretaria de Educação Física e Esportes do MEC. A Política Nacional do Programa foi implementada por uma Comissão Interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) e por um Comitê Assessor, sempre objetivando a discussão do binômio exercício físico-saúde.

O programa, talvez por não contar com aportes financeiros regulares por parte do governo federal, centra suas estratégias na educação à distância e se vale do suporte material de uma universidade pública, a Unicamp. Em 1986, o Programa cria um curso de educação à distância com o principal objetivo de, em 5 anos, “capacitar 50 mil professores de Educação Física em Exercício e Saúde” (Brasil, 1986, p.5). A intenção era que esses professores, por força de sua atuação profissional, pudessem “promover a saúde através do exercício físico e do esporte, trabalhando, isoladamente ou em grupos, em situações que envolv[essem] escolas, academias, clubes, empresas e outras organizações comunitárias” (Brasil, 1986, p.5). Não obstante, a inscrição nesse curso à distância era facultada a qualquer cidadão que se interessasse pela temática.

Em 1996, o curso à distância sofre uma renovação, com uma nova edição de seu material impresso (mais adiante, discutirei melhor sobre as edições desse material). Nesse mesmo ano, o Programa é responsável pela publicação de uma revista em quadrinhos, intitulada ‘O Atleta de Ouro: conversando sobre exercício físico e saúde’, cujo objetivo era fomentar a prática de atividades físicas no público infantil. Com recursos públicos oriundos do convênio Fundo Nacional de Desenvolvimento do Esporte nº 195/94 entre o Ministério da Educação e do Desporto e a Unicamp, a revista é publicada com uma tiragem de 20.000 exemplares.

Em 1998, foi instituído o Comitê Técnico Científico de assessoramento das ações do Programa por meio da Portaria nº 3711/1998 do Ministério da Saúde (Brasil, 1998). A coordenação geral do Programa ficou sediada na Unicamp. Por conta disso, é na Faculdade de Educação Física da Unicamp que está o Núcleo de Educação à Distância em Exercício Físico e Saúde que tem a função de orientar e divulgar as ações do Programa. Além desse suporte e da coordenação geral, há coordenadores em cada estado da federação formando, assim, uma rede nacional de informações sobre o desenvolvimento das ações voltadas à promoção da prática de atividades físicas. O

último encontro do Programa realizou-se de 6 a 10 de novembro de 2001, na cidade de Salvador. Nesse evento, reiteraram-se os objetivos do Programa, dentre os quais está a implementação, em parceria com as universidades federais e estaduais, de estratégias e de equipes locais para o fomento de programas de atividade física e saúde voltados à população.

Tecendo comparações entre o ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ e o EPT, identifiquei alguns aspectos que merecem ser destacados. Como visto anteriormente, na década de 70, coube ao MEC, por meio do Conselho Nacional de Desportos, a tarefa de elaborar as diretrizes para a Educação Física e o desporto nacional, incluindo sua manifestação de massa, de modo a viabilizar o alcance dos objetivos da Política Nacional de Educação Física e Desportos. Ou seja, o programa EPT, cujo objetivo maior era difundir a prática esportiva de massa, foi gerado no MEC.

Já no caso do ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’, sua criação, em 1986, envolveu os Ministérios da Educação e da Saúde (Brasil, 1986). Esse último, até então não chamado a opinar sobre questões relacionadas à prática desportiva e da atividade física em geral, aparece como uma das instituições responsáveis pela condução de um programa de promoção da atividade física, na figura de sua Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. A meu ver, esse fato marca a consolidação de uma variável na equação das estratégias brasileiras de promoção da atividade física em grandes contingentes populacionais: a mudança de estilo de vida como meio de redução do risco epidemiológico. Variável essa que, senão nova, pelo menos passa a ganhar maior destaque a partir desse momento. De fato, é nítida essa abordagem em documentos do ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’. No preâmbulo da Portaria nº 3711/1998, por exemplo, que instituiu seu Comitê Técnico Científico de assessoramento (Brasil, 1998), lê-se:

“o estilo de vida é responsável por 54% do **risco** de morte por cardiopatia, 50% pelo **risco** de morte por acidente vascular cerebral, 37% pelo **risco** de morte por câncer e no total por 51% do **risco** de morte de um indivíduo. **O estilo de vida sedentário é um fator de risco** [grifos meus] independente para enfermidade coronariana e acidente vascular, principais causas de morte em todo mundo. **O risco de doença cardíaca** para as pessoas menos ativas e menos condicionadas pode ser o **dobro** [grifos no original] comparado às pessoas mais ativas e condicionadas.

A atividade física pode ajudar a atingir e manter o peso corporal apropriado e contribui positivamente na mudança de outros **fatores de risco**

[grifo meu] de doença coronariana como perfil de lipídeos, a resistência a (sic.) insulina e a (sic.) hipertensão” (Brasil, 1998).

O ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ não esteve vinculado, ao menos em seus primeiros anos de existência, a órgão ou programa do Ministério da Saúde que tivessem a Promoção da Saúde como ideário norteador de suas ações; o que, diga-se de passagem, seria muito difícil, dado que nessa época o ideário da Promoção da Saúde era praticamente desconhecido no Brasil. Não é demais lembrar que o Brasil não esteve representado na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, assim como nenhum outro país da América Latina.

É digno de nota, porém, o fato de, em 1986, o termo ‘Promoção da Saúde’ ser mencionado nos objetivos do curso à distância sobre ‘Exercício e Saúde’, assim formulados:

- “1. Reconhecer o valor da prática do exercício físico **na promoção da saúde** e na terapêutica de diversas doenças;
2. compreender o valor de sua atuação como agente de saúde, ao promover a prática regular e sistemática do exercício físico;
3. conhecer as bases biológicas, os aspectos metodológicos, a taxionomia (direcionada para a área de saúde), os procedimentos higiênicos e as condutas primárias em emergências do exercício físico;
4. refletir sobre o valor de sua atuação profissional **na promoção da saúde** através do esporte e do exercício físico” [grifos meus] (Brasil, 1986, p.9).

Mais que isso, o termo ‘Promoção da Saúde’ compõe o título de uma das unidades da primeira edição desse curso à distância. Reparem que me refiro a *termo* e não a *ideário* da Promoção da Saúde, pois, de fato, esse parece ter sido o caso, haja vista os objetivos da referida unidade:

“UNIDADE IV – EXERCÍCIO FÍSICO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivos Específicos:

1. distinguir esporte e exercício físico;
2. conceituar e exemplificar: exercício físico, esporte, esporte-formação, esporte-participação e esporte-competição;
3. analisar o papel do exercício físico regular sobre a quantidade e a qualidade de vida;
4. conceituar: sedentarismo, hipocinesia, aterosclerose e infarto do miocárdio;
5. distinguir fisiologicamente: o indivíduo sedentário e o fisicamente treinado;
6. identificar os fatores de risco para doença aterosclerótica do coração;

7. reconhecer o efeito do exercício físico regular sobre a incidência e prognóstico do infarto agudo do miocárdio;
8. calcular o consumo de oxigênio em uma caminhada;
9. reconhecer critérios para a realização de um teste de esforço (ergometria com monitorização de ECG);
10. avaliar a capacidade funcional (em METs) necessária para a realização de atividades rotineiras e para a execução do ato sexual;
11. calcular o consumo máximo de oxigênio previsto, em função da idade e do sexo;
12. reconhecer o papel do exercício físico **na promoção da saúde** física, mental e social [grifo meu];
13. reconhecer o papel do exercício físico na terapêutica da: doença coronária, hipertensão, obesidade, diabetes e asma” (Brasil, 1986, p.12-13).

Os enunciados desses objetivos parecem não deixar dúvidas de que a Promoção da Saúde não era percebida como um ideário no âmbito do ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’, mas tratada como um termo que expressava a ‘ação de melhorar a saúde’, especialmente por meio da prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis. Senão isso, a abordagem do referido programa refletia o enfoque preventivo e epidemiológico que marcou a Promoção da Saúde em seus primórdios. Eis aí algo a ser investigado mais detalhadamente no futuro.

No entanto, se considerarmos a segunda edição dos impressos do curso à distância sobre ‘Exercício e Saúde’, publicada em 1996, a coisa parece mudar de figura. Vale notar, na mesma unidade sobre ‘Exercício Físico na Promoção da Saúde’, a seguinte passagem:

“[...] recentemente, começou a surgir um conjunto de idéias chamado Promoção da Saúde que, entre outras coisas [...] reconhece a natureza multifatorial da saúde, propõe sua desmedicalização, enfatiza o envolvimento comunitário e incorpora a idéia de educação para a saúde” (Brasil, 1996, p.9).

Se por um lado essa passagem é pouco para que se admita uma mudança na concepção de Promoção da Saúde implícita nas ações do Programa, por outro, ela enseja que se investigue o assunto mais a fundo. Quando, como e até que ponto o ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ se vincula à Promoção da Saúde? Pelo visto, são muitas as questões. Ainda que de 1996 para cá as ações do ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’, ao que parece, tenham se arrefecido, esse Programa pode ser considerado o pioneiro de alcance nacional a ter como mote principal o fomento da prática esportiva e de atividades físicas como instrumento de promoção e recuperação

da saúde, de prevenção de doenças, de melhoria do bem-estar social e da qualidade de vida, vistos à época, como objetivos da Política Nacional de saúde. É difícil, porém, avaliar até que ponto seus objetivos foram atingidos.

Os Programas ‘Agita São Paulo’ e ‘Agita Brasil’

Com abordagem semelhante, em 1996 é lançado o Programa ‘Agita São Paulo’ pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) atendendo à solicitação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo de criar um programa para promover saúde por meio da atividade física. No entendimento dessa Secretaria, a alta prevalência da inatividade física na população do Estado de São Paulo, particularmente entre grupos de baixo nível sócio-econômico e subnutridos, reforçava a necessidade da promoção da atividade física (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). Sendo assim, configuram-se como objetivos principais do ‘Agita São Paulo’: (a) incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física e (b) aumentar seu envolvimento com a atividade física. Para isso, o Programa elege como alvos principais os escolares (crianças e adolescentes), os trabalhadores (colarinho branco e azul) e os idosos (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998).

Para tanto, o ‘Agita São Paulo’ conta com o apoio do poder público (notadamente da Secretaria de Saúde daquele estado), de várias instituições, universidades, além de inúmeros assessores científicos. Em sua estrutura organizacional, o Programa possui um colegiado, composto por várias instituições (governamentais e não-governamentais), que se reúne periodicamente para definir as ações e estratégias a serem implementadas no ano, que se traduzem principalmente na elaboração de material educativo (cartazes, *folders*, manuais, *slides* e vídeos) e na organização de eventos, dentre os quais se destacam o ‘Dia do Escolar Ativo’ (30 de agosto), o ‘Dia do Trabalhador Ativo’ (1º de maio) e o ‘Dia do Idoso Ativo’ (28 de setembro) (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998). Desde sua criação, o ‘Agita São Paulo’ vem promovendo a capacitação de agentes de promoção da atividade física (os ‘agentes Agita’) e multiplicando seus programas em vários estados e cidades brasileiras.

Importante notar que tanto o ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ quanto o ‘Agita São Paulo’ estão institucionalmente vinculados à saúde. Quanto ao primeiro, a vinculação se deu com os Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto, envolvendo, respectivamente, a Coordenadoria de

Doenças Crônico Degenerativas e a Secretaria de Educação Física. Já no caso do ‘Agita São Paulo’, a vinculação institucional com a saúde parece ser mais embrionária e visceral, uma vez que o Programa já nasce sob os auspícios da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que destina um orçamento anual de cerca de US\$ 152,000 (Matsudo *et al.*, 2003a) para cobrir os gastos diretos do Programa.

A difusão do Programa ‘Agita São Paulo’ se deu de forma tão expressiva que, em 2001, o poder público federal o escolheu para pautar suas ações estratégicas de promoção da atividade física em nível nacional. Popularmente conhecido como ‘Agita Brasil’, o ‘Programa Nacional de Promoção da Atividade Física’ foi adotado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001b) como forma de “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” (Ministério da Saúde, 2002, p.255). Para tanto, além das crianças, adolescentes, trabalhadores e idosos, o ‘Agita Brasil’ incluiu os portadores de doenças crônico-degenerativas como um de seus grupos focais.

A mensagem utilizada pelos Programas ‘Agita’ para a promoção de estilos ativos de vida apóia-se na recomendação do CDC e do Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM) e, na prática, assume o seguinte enunciado: “Atividade física é saúde: acumule pelo menos 30 minutos por dia⁴⁷” [...] “na maioria dos dias da semana, se possível todos, de forma contínua” [...] “ou em sessões acumuladas de 10, 15 ou 20 minutos” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998).

Assim como no ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’, a associação entre a prática continuada da atividade física e a saúde é marcante nos materiais produzidos e estratégias adotadas pelo ‘Agita’ para o enfrentamento do sedentarismo. Do mesmo modo, o risco epidemiológico é apresentado como motivação maior para a prática regular de atividades físicas. O trecho abaixo, extraído da seção ‘Apresentação’ de uma das publicações do Programa ‘Agita São Paulo’, esclarece muito bem meu argumento:

“Construindo Saúde

Uma análise dos dados anteriores mostra que mesmo em países em desenvolvimento, há a necessidade de amplas intervenções na população para aumentar a atividade física e **reduzir os riscos** [grifo meu] de doenças crônicas. A missão não é fácil, pois hoje mais que nunca sabemos dos

⁴⁷ Em 1998, a mensagem adotada pelo ‘Agita São Paulo’ era “Atividade física é saúde: acumule 30 minutos por dia” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998). Já na publicação de 2002, a mensagem passa a ser “Atividade física é saúde: acumule **pelo menos** [grifo meu] 30 minutos por dia” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002).

benefícios da vida ativa, mas paradoxalmente estamos cada vez mais sedentários. Contudo, o maior desafio é criar programas de mudança de comportamento da população que considerem o contexto econômico, político, social e cultural de um país em desenvolvimento. **Precisamos de programas que ajudem a construir saúde ao invés (sic.) de continuarmos a só pagar doenças** [grifo no original]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.18).

Importante atentar para o fato de que o Programa ‘Agita São Paulo’ foi lançado em 1996, como resultado de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o CELAFISCS. O convênio é estabelecido durante a gestão do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), tendo como governador e secretário de saúde os Srs. Mário Covas e José da Silva Guedes, respectivamente. O Programa, que foi implantado em fevereiro de 1997, vem ampliando sua atuação no Estado de São Paulo, a ponto de hoje contar com parcerias envolvendo mais de 300 instituições governamentais, não-governamentais e empresas privadas.

Como vimos anteriormente, em 2001, o governo federal toma o ‘Agita São Paulo’ como referência para lançar o ‘Agita Brasil’. Para tanto, o CELAFISCS é requisitado a assessorar “a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) na implementação de ações de educação em saúde, com o desenvolvimento de projeto de implantação nacional de um programa de promoção da atividade física para a população brasileira, como forma de prevenção, tratamento, reabilitação e **promoção da saúde** [grifo meu]” (Brasil, 2001b, p.2). Essa assessoria é, então, viabilizada mediante contrato para a condução do Projeto BRA/98/006 (Promoção da Saúde, Contrato de Pequenos Serviços nº 01/042, de 9 de março de 2001)⁴⁸ do governo federal, que tem como presidente Fernando Henrique Cardoso, também do PSDB. Além de já nascer vinculado à Coordenadoria de Promoção da Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, o Agita Brasil é fartamente associado àquele ideário em periódicos e comunicações em eventos científicos.

No que se refere ao discurso científico, a associação dos Programas Agita à Promoção da Saúde pode ser encontrada em livros e artigos publicados em periódicos de diferentes áreas e inserções (Ramos *et al.*, 2003). No livro ‘Caminhos da Saúde Pública no Brasil’ publicado como parte das comemorações do centenário da OPAS no Brasil, Mercadante (2002), ao tratar da evolução das políticas e do sistema de saúde no

⁴⁸ Eis aqui o motivo pelo qual no Capítulo III eu abri um parêntese para explicar em que consistem os Projetos BRA (vide p.101-102) e como seus recursos podem ser usados para financiar alguns mecanismos de contratação e de prestação de serviços, dentre os quais estão os ‘Contratos de Pequenos Serviços’, que podem ser firmados tanto com pessoas físicas quanto jurídicas.

Brasil, destaca a experiência do programa Agita São Paulo como uma “iniciativa exemplar de Promoção da Saúde” (p.296). Como não poderia deixar de ser, na revista publicada pelo Ministério da Saúde, o programa Agita Brasil também é citado como exemplo de iniciativa de Promoção da Saúde (Lemos, 2001).

Souza e Grundy (2004), ao discorrerem sobre a Promoção da Saúde no Brasil, apontam que

“[o] Programa ‘Agita São Paulo’ criado em 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Paulo **constitui uma iniciativa de promoção da saúde de repercussão nacional e internacional, reconhecido pela OMS** [grifo meu], o qual inspirou o tema ‘Agita Mundo’ para comemoração do dia Mundial da Saúde em 2002” (Souza, Grundy, 2004, p.1356).

Não há como desconsiderar o poder que essa afirmação tem de formar opiniões entre os membros da comunidade acadêmico-científica, dado que o artigo foi publicado nos Cadernos de Saúde Pública, um dos mais respeitados periódicos da área de saúde pública da América Latina. Publicados pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, os Cadernos têm periodicidade mensal, são indexados em várias bases bibliográficas e estão disponíveis na íntegra no Scielo e no Portal Periódicos Capes.

Bydlowski, Westphal e Pereira (2004) se mostram preocupadas em apontar as forças que podem estar obstando o desenvolvimento da Promoção da Saúde como referencial que oferece uma forma mais ampla de pensar e agir em saúde, e que considera os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais intervenientes na saúde da população. Nesse sentido, as autoras advogam uma perspectiva de Promoção da Saúde que se opõe à culpabilização da vítima, à medicalização, a práticas comportamentalistas mantenedoras do *status quo*. Defendem ainda a intersectorialidade, a integralidade, a democratização das informações, a participação da população, o foco nas causas das doenças, a descentralização do poder e, por conseguinte, uma visão crítica de *empowerment*. Ao mesmo tempo em que apontam as dificuldades de se avançar nessa perspectiva de Promoção da Saúde, as autoras reconhecem que,

“[e]mbora ainda pontuais, **algumas ações [...] vêm sendo realizadas por grupos que desenvolvem estratégias de Promoção da Saúde que, apesar das enormes dificuldades, tem (sic.) conseguido resultados de grande importância em projetos como os de Município Saudável, Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, Escola Saudável, Anti-**

tabagismo, **Anti-sedentarismo** e outros [grifos meus]” (Bydlowski, Westphal, Pereira, 2004, p.19).

Minha suspeita de que os “programas anti-sedentarismo” que vêm obtendo “resultados de grande importância” pudessem ser os programas Agita foi confirmada após eu entrar em contato por e-mail com uma das autoras. Bydlowski confirmou que a afirmação se referia ao ‘Agita São Paulo’, cuja proposta agradou-lhe tendo em vista o que foi apresentado por integrantes do programa, nos idos de 2003, quando estiveram na Faculdade de Saúde Pública da USP (Bydlowski⁴⁹, informação verbal, 2006).

Embora o programa ‘Agita São Paulo’ não seja mencionado no artigo, importa-me assinalar que autoras declaradamente partidárias de uma abordagem crítica de Promoção da Saúde vêm o programa ‘Agita São Paulo’ como exemplo de iniciativa desse ideário. Mais uma vez, cabe a indagação: que reflexos essa associação pode ter na comunidade científica dada a forte vinculação das autoras ao campo da saúde? Bydlowski é doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pereira é professora da Faculdade de Saúde Pública da USP e, Westphal, além disso, é pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis da USP (CEPEDOC) e membra eleita do Conselho Administrativo da ‘International Union for Health Promotion and Education’ (IUHPE) para o período 2004-2010.

A vinculação dos programas Agita à Promoção da Saúde não é feita apenas por pesquisadores da saúde pública, mas também por autores originariamente da área de Educação Física/Ciências do Esporte. Como já citei anteriormente, Tubino (2003) vê o programa Agita como uma versão atual de antigos movimentos de promoção da atividade física e do esporte da década de 70, como o EPT, agora perspectivado pela Promoção da Saúde.

“Depois de incorporar definitivamente o sentido do Lazer, o Movimento EPT, na década de 1990, recebeu uma renovação conceitual, passando também a compreender a promoção da Saúde. Este novo sentido do EPT teve início com o Programa Vida Ativa da Organização Mundial de Saúde.

O premiado Programa Agita São Paulo, que evoluiu até o Programa Agita Mundo, de concepção do brasileiro Vitor Matsudo, **é o melhor exemplo do Movimento Esporte para Todos com ênfase na Saúde**. Este programa, desenvolvido com base na literatura científica sobre os valores fisiológicos conseqüentes de exercícios físicos regulares, propõe 30 minutos diários de atividades físicas. [...]

⁴⁹ Cynthia Bydlowski é doutora em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

O Movimento Esporte para Todos [...] no final do século XX incorporou nos seus objetivos e conteúdos a perspectiva de promoção da Saúde [grifos meus]” (Tubino, 2003, p.51).

Uma afirmação de peso, sem dúvida, pois parte do ex-presidente do Conselho Nacional de Desportos (CND), do Instituto Nacional do Desenvolvimento do Esporte (INDESP), membro de várias entidades ligadas ao desenvolvimento do esporte⁵⁰ e, atualmente, um dos assessores especiais do Agita São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; 2002). À primeira vista, a associação entre o EPT e o ‘Agita São Paulo’ é sedutora e razoavelmente aceita, tendo em vista o objetivo comum de massificação da prática da atividade física desses programas. Por outro lado, será que essa semelhança é suficiente para se afirmar que o Agita São Paulo é hoje o EPT com uma nova roupagem, a da Promoção da Saúde? Qual a compreensão de Promoção da Saúde embutida em tal afirmação?

Se de um lado é possível que Tubino não tivesse clareza suficiente a respeito das implicações conceituais do uso da expressão ‘Promoção da Saúde’, o mesmo não se pode dizer do Ministério da Saúde que, como vimos, desde 1998 vem adotando esse ideário como referência para o desenvolvimento de ações e políticas de saúde. No Informe Técnico assinado por esse Ministério e publicado na Revista de Saúde Pública da USP, ao que parece, com o objetivo de divulgar o Programa Agita Brasil para a comunidade científica, afirma-se que:

“[p]ara assegurar a implantação e implementação das atividades e ações do Programa Agita Brasil, o Ministério da Saúde tem estabelecido parcerias com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contar com o respaldo técnico-científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), do Estado de São Paulo, **para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde**” (Ministério da Saúde, 2002, p.255).

“[...] **tomando a perspectiva da promoção da saúde como estratégia para estimular a população a adotar estilos de vida saudáveis**, organizou-se uma intervenção objetivando o incentivo ao desenvolvimento da atividade física: **o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física ‘Agita Brasil’**” [grifos meus] (Ministério da Saúde, 2002, p.256).

Produzido por volta de 2002, o ‘Relatório Brasileiro sobre Resultados em Promoção da Saúde’ com respeito aos compromissos da Declaração do México (assumidos por ocasião da ‘V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde’

⁵⁰ Tais como: *Fédération Internationale d'Education Physique* (FIEP), *Association Internationale des Ecoles Supérieures d'Education Physique* (AIESEP), *International Council for Sport Science and Physical Education* (ICSSPE) e *International Council of Sport Pedagogy* (ICSPE).

realizada, em 2000, naquele país) reconhece que, embora à época não existisse no país uma política que compreendesse todas as dimensões da Promoção da Saúde, havia iniciativas que a tomavam como pilar fundamental (OPAS, [2002?a]). O Programa Agita Brasil, contemplado com recursos do Projeto ‘Promoção da Saúde’ (BRA 006/98) desenvolvido em cooperação técnica com a OPAS e o PNUD, foi citado como uma dessas iniciativas:

“Como exemplo de boas práticas de promoção da saúde pode-se citar o programa Nacional de Promoção da Atividade Física – Agita Brasil, que capacitou 2215 multiplicadores para desencadear esta ação no âmbito de cidades, escolas, locais de trabalho e unidades de saúde, mobilizando adultos, adolescentes e trabalhadores em eventos como Dia Mundial da Saúde, Dia Nacional de Combate à Hipertensão e eventos de caráter semelhante [grifo meu]” (OPAS, [2002?a], p.14).

A vinculação dos Programas Agita à Promoção da Saúde não se deu apenas em âmbito federal. Em 7 de abril de 2002, quando se comemora o Dia Mundial da Saúde, foi lançado oficialmente no Rio de Janeiro o movimento Agita Rio. À semelhança do que ocorre na esfera federal, o Agita Rio integra o projeto Rio Saudável, um movimento de Promoção da Saúde desenvolvido pela prefeitura da cidade que visa apoiar, agregar e fortalecer ações em prol da melhoria da qualidade de vida da população carioca. Com o projeto Rio Saudável, espera-se que essas ações, reunidas em quatro eixos principais (ambiente; relações interpessoais e violência; alimentação e atividade física; e tabaco e outras drogas), traduzam a participação da sociedade na implementação de políticas públicas saudáveis (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2002). Pode-se dizer, portanto, que o Agita Rio é a versão carioca do Agita São Paulo:

“uma estratégia de promoção da saúde que envolve instituições governamentais e não-governamentais baseada nas diretrizes do Programa Agita São Paulo, experiência reconhecida internacionalmente e incorporada pelo Ministério da Saúde (projeto Agita Brasil) que consiste em incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física, motivando para esta prática [grifos meus]” (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2002, p.10).

A associação dos programas Agita à Promoção da Saúde não pára por aí. Nas edições 8 e 14 da Revista Abeso⁵¹, editada *online* pela Associação Brasileira para o

⁵¹ Disponíveis, respectivamente, em <<http://www.abeso.org.br/revista/revista8/hiper.htm>> e <<http://www.abeso.org.br/revista/revista14/rio.htm>>. Acesso em: 02 dez 2005.

Estudo da Obesidade (ABESO), o programa ‘Agita Rio’, ‘Agita São Paulo’ e ‘Agita Brasil’ são citados como exemplos de programas de Promoção da Saúde.

Também vale destacar o fato de Paulo Buss, presidente da FIOCRUZ (2001-2008)⁵² e um dos estudiosos da Promoção da Saúde no Brasil, vir apresentando o ‘Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ e os núcleos do ‘Agita Brasil’ como exemplos de iniciativas de Promoção da Saúde em nível federal. Isso ocorreu pelo menos em duas ocasiões: em aula ministrada na ENSP e na conferência ‘Promoção da Saúde no Brasil’⁵³, proferida no ‘I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde’, promovido pela ABRASCO na cidade do Rio de Janeiro, em maio de 2005. Se o peso acadêmico e político das posições assumidas por Paulo Buss já era expressivo, amplia-se a partir do momento em que ele é citado como um dos cem brasileiros mais influentes em 2006 (Os 100 Brasileiros..., 2007). Quero destacar ainda que nesse mesmo Seminário, que “contou com a participação de 239 profissionais envolvidos com a discussão conceitual, o processo de formulação, desenho, implementação e avaliação de políticas e programas de Promoção da Saúde” (UIPES/ABRASCO/ENSP, 2005), o CELAFISCS participou, como convidado, do ‘Debate Temático’ sobre ‘Alimentação e Atividade Física’, seção destinada à discussão de “temáticas relevantes para a qualidade de vida tomando por base políticas e práticas de Promoção da Saúde em sua articulação com as estratégias de *empowerment*, intersectorialidade e sustentabilidade” (id.). O CELAFISCS foi representado por Douglas Roque Andrade que, como era de se esperar, discorreu sobre o programa Agita São Paulo, seus objetivos, estratégias e resultados (UIPES/ABRASCO/ENSP, 2005).

Para concluir o argumento de que os programas Agita são fortemente associados à Promoção da Saúde, cito o fato de a OMS apontá-los como representantes brasileiros da iniciativa global de promoção da atividade física, tanto em publicações (WHO/CDC, 2004; WHO, 2003) como em seu portal na internet⁵⁴. Da mesma forma, os logotipos da OMS e da OPAS constam nas páginas finais de publicações do programa Agita São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). Por fim, vale destacar que o Agita São Paulo é citado como exemplo de estratégia de Promoção da Saúde em documento de trabalho do Comitê Executivo da OPAS (OPAS, 2001) e no I Encontro Nacional de Promoção da Saúde do Peru (Ministerio de Salud, 2005).

⁵² Paulo Buss exerceu a presidência da FIOCRUZ no quadriênio 2001-2004 e foi reeleito para o de 2005-2008.

⁵³ Disponível em <http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Promocao/Apresentacao%20Promocao%20de%20Saude%20-%20PORTUGUES.ppt>. Acesso em: 02 dez 2005.

⁵⁴ <http://www.who.int/moveforhealth/countries/2005/bra/en/index.html>. Acesso em: 28 mar 2006.

Bem, como vimos até aqui, a ambigüidade é algo que vem marcando a Promoção da Saúde desde seu nascimento, o que pode colocá-la tanto a serviço da transformação quanto da manutenção do *status quo*. Cabe, portanto, refletir se essa ambigüidade também se manifesta em estratégias de promoção da atividade física que vêm sendo rotuladas como iniciativas de Promoção da Saúde. É o que passo a analisar no capítulo seguinte, tomando como foco o programa ‘Agita São Paulo’.

Capítulo IV

Agita São Paulo: que Promoção da Saúde?

A meu ver, o debate sobre a promoção de atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde ainda é incipiente no Brasil. Embora autores originários da área da Educação Física venham se dedicando ao estudo da relação entre atividade física e saúde em bases críticas (Fraga, 2006; Mira, 2003; Carvalho, 2001; Carvalho, 1995) e outros fazendo incursões no ideário da Promoção da Saúde (Nogueira, Palma, 2003; Palma, Estevão, Bagrichevsky, 2003), creio que ainda prevalece certa ofuscação acerca do que significa a Promoção da Saúde para os que militam na área da atividade física e ciências do esporte, em especial os profissionais de Educação Física.

Em sintonia com a advertência de que a Promoção da Saúde pode ‘significar tudo para todos’ (Caplan, 1993) e, portanto, estar a serviço tanto de projetos transformadores quanto de mantenedores de certa ordem social, econômica e política (Carvalho, 2004a; Castiel, 2004; Lupton, 1995), Marcondes (2004) lembra que, com o avanço do modelo neoliberal de globalização, propostas de Promoção da Saúde correm o risco de legitimar ideologicamente a retração das políticas sociais do Estado. Sendo assim, é fundamental que não haja equívocos quanto à caracterização de iniciativas tidas como de Promoção da Saúde, bem como sobre as diferentes abordagens que podem assumir, principalmente quando se presencia um contínuo e crescente processo de adoção desse ideário como referência para a formulação e o desenvolvimento de políticas de saúde no Estado brasileiro (Ministério da Saúde, 2006; Mercadante, 2002). A própria OMS, no início da década de 80 (reparem, mais uma vez, o embate entre abordagens que mencionei anteriormente), já manifestava a preocupação com a possibilidade de a Promoção da Saúde ser vista “como uma panacéia para todos os males e [...] [vir a dar] vida nova a velhas atividades sem mudanças de direção” (WHO, 1984, p.1).

Há, por outro lado, quem argumente ser prioritário compreender porque políticas, programas e campanhas baseadas no ideário da Promoção da Saúde não chegam a bom termo. Essa postura admite, como princípio, a sintonia entre o discurso e a prática das ações implementadas e busca, na análise de suas mediações, a explicação para eventuais insucessos. Entendo que, antes disso, é fundamental que se desvele que iniciativas são, de fato, Promoção da Saúde e, uma vez aceita essa relação, que abordagem(ns) a(s) caracteriza(m). Partir para a análise das mediações entre discurso e

prática sem que se tenha clareza quanto ao conteúdo ideológico subjacente às diferentes iniciativas pode servir para pasteurizar o ideário da Promoção da Saúde, tornando-o palatável a projetos de diferentes matizes. Não há como ingressar nessa empreitada sem assumir uma postura crítica em relação ao conteúdo implícito nas iniciativas brasileiras identificadas como ações de Promoção da Saúde.

Outro argumento, não raro apresentado, é o de que a crítica deve necessariamente vir acompanhada de propostas. Entendo que a proposição, embora desejável, não é irmã gêmea da crítica. A exigência de simbiose entre elas serve, muitas vezes, para desqualificar a crítica. É como se à criança que brinca com um objeto pontiagudo tivéssemos que propor outra forma de diversão antes ou ao mesmo tempo em que lhe retiramos o artefato das mãos. Ou que a luta por uma sociedade mais justa, democrática e igualitária só pudesse se estabelecer após a indubitável determinação [empírica] do modelo de sociedade almejado. Ora, em ambos os casos, o prenúncio de infortúnios não comportaria tal protelação. Do mesmo modo, a explicitação do conteúdo ideológico subjacente a diferentes programas de Promoção da Saúde (ou mesmo a eventual identificação de que alguns não poderiam ser saudados como ‘Promoção da Saúde’) equivaler-se-ia à retirada do objeto pontiagudo das mãos da criança ou à luta por outro modelo de sociedade, ainda que com contornos não muito nítidos. Para Elias (1994), inclusive, isso não seria mesmo possível, uma vez que as [trans]formações societárias são, ao mesmo tempo, geradas individual e coletivamente por seus membros, mas sem que tenham pretendido ou planejado dessa forma.

Tomando por base esses pressupostos, é indispensável que se proceda à análise de ações de promoção da atividade física que vêm sendo desenvolvidas pelo poder público (federal ou estadual) e, de alguma forma, associadas à Promoção da Saúde. Nesse sentido, destacam-se as (a) de larga abrangência populacional e que, portanto, costumam ser tomadas como carros-chefe de políticas de promoção da atividade física em nível estadual ou nacional; e (b) que recebem (ou receberam), continuamente ou não, aportes financeiros do poder público para o desenvolvimento de suas atividades.

Entre as ações identificadas na revisão de literatura, sobressaem-se os programas ‘Agita São Paulo’ e ‘Agita Brasil’, o ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ e o EPT, nessa seqüência, como exposto no capítulo anterior. Não é difícil compreender essa ordem de prioridade se considerarmos que é na década de 90 que a Promoção da Saúde começa a se consolidar mais consistentemente no Brasil como referência para políticas e ações no campo da saúde.

Além disso, há outros aspectos inerentes àqueles programas que devem ser considerados. Um deles diz respeito às particularidades de seus elos com a Promoção da Saúde. Nesse aspecto, se sobressai o programa ‘Agita São Paulo’ e, por extensão, o ‘Agita Brasil’, concebido à sua semelhança. Basta lembrar que a OMS, instituição reconhecidamente partidária e difusora da abordagem socioambiental de Promoção da Saúde, apresenta o Agita São Paulo como exemplo que integra a iniciativa global de promoção da atividade física. Uma rápida visita ao portal da instituição na internet já confirmaria essa afirmação (vide nota 54).

Já a associação entre o ‘Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte’ e a Promoção da Saúde assume, como apontei anteriormente, características um pouco distintas. Essa vinculação se dá basicamente pela referência à Promoção da Saúde nos impressos do curso à distância sobre ‘Exercício e Saúde’, que vai de uma expressão na edição de 1986 a ideário na edição de 1996.

Quanto ao EPT, vimos que ele finda à época da realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986. Esse fato, por si só, já aplacaria a intenção de se avaliar a associação desse movimento com a Promoção da Saúde. Atualmente, no entanto, há autores que vêm afirmando que o EPT sofreu uma renovação conceitual na década de 90, passando a compreender também a Promoção da Saúde, processo marcado pelo lançamento da ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’ da OMS (Tubino, 2003) (vide páginas 111 e 122-123). Embora seja difícil admitir a vinculação do EPT com a Promoção da Saúde na década de 80, época marcada pelo advento desse ideário e pelo declínio do EPT como iniciativa oficialmente vinculada aos governos militares, a declaração de Tubino (2003) chama a atenção para a possibilidade de que princípios do EPT (como a massificação da prática de atividades físicas) tenham, de alguma forma, permanecido na agenda das políticas públicas do Estado brasileiro. Por esse motivo, é possível que, ao final deste estudo, se possa avaliar a pertinência da afirmação de Tubino (2003) de que o programa Agita São Paulo seria hoje o EPT perspectivado pela Promoção da Saúde.

Além das características da associação entre os programas e a Promoção da Saúde, há que se considerar quão disseminada ela é. Mais uma vez, destaca-se o programa Agita São Paulo, sem dúvida, o programa brasileiro de promoção da atividade física de maior repercussão nacional e internacional. Com mais de 300 instituições

parceiras espalhadas por várias cidades brasileiras⁵⁵, o Agita São Paulo tem, assim, seus princípios teóricos e diretrizes organizacionais propagadas por praticamente todo território nacional. Essa ampla parceria é inclusive apontada como um dos fatores fundamentais para a consagração mundial do Agita São Paulo (Matsudo, Matsudo, 2005; Matsudo *et al.*, 2004a), reconhecida por diferentes entidades como OMS, ICSSPE, Organização das Nações Unidas (ONU), CDC, ACSM e FIEP (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2004).

O Método

Pelo exposto, optei por analisar o Agita São Paulo, programa brasileiro de promoção da atividade física, de maior expressão nacional e internacional, associado ao ideário da Promoção da Saúde. O objetivo geral deste estudo é, portanto, investigar a relação de compromisso do Agita São Paulo com o ideário da Promoção da Saúde, analisando sua base teórica, estratégias e discursos. Convergindo o foco um pouco mais, surgem questões essenciais ao alcance desse objetivo, a saber: **(a)** como e desde quando se estabelece a associação entre o Agita São Paulo e a Promoção da Saúde? **(b)** até que ponto o Agita São Paulo se fundamenta no ideário da Promoção da Saúde? **(c)** em que abordagem(ns) de Promoção da Saúde enquadrar-se-ia o Agita São Paulo?

Porém, como responder a essas questões e a outras que porventura surjam ao longo do percurso de investigação? Essas questões, de fato, podem ser abordadas de várias formas, isto é, por meio de vários desenhos metodológicos e diferentes técnicas de pesquisa. “Quando as causas não são reproduzíveis, só resta inferi-las a partir dos efeitos” (Ginzburg, 1989, p.169), ou seja, das marcas e indícios deixados na história pelo objeto em questão, mas que, vale destacar, podem sugerir relações outras que não apenas de causalidade. Sendo assim, de que ‘marcas’ poderíamos nos valer para analisar a base teórica do Agita São Paulo, suas estratégias, discursos e a medida em que se associa ao ideário da Promoção da Saúde? E como faríamos isso? Os documentos⁵⁶ produzidos pelo programa podem ser analisados, por exemplo, por meio das técnicas de análise de conteúdo e do discurso. As opiniões acerca do programa, emitidas por seus integrantes e/ou participantes, podem ser acessadas mediante técnicas como a entrevista e o questionário. Os resultados do programa podem ser avaliados por meio de técnicas

⁵⁵ Uma relação com boa parte dessas instituições e cidades pode ser encontrada em: Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS (2004; 2005; 2006).

⁵⁶ “Qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Inclui impressos, manuscritos, registros audiovisuais, sonoros, magnéticos e eletrônicos, entre outros” (ABNT, 2002, p.2).

de análise quantitativa de variáveis e indicadores de efetividade, por exemplo. Cada uma dessas técnicas de pesquisa segue uma série de regras e normas ordenadas segundo um padrão específico, os chamados ‘protocolos’.

Quero, sim, perscrutar o programa Agita São Paulo e as marcas deixadas ao longo de sua história; mas sem fundamentalismos no delineamento do método. Há algumas linhas, manifestei a preocupação de responder a questões que surgissem ao longo deste estudo. Como fazer isso sem contar com certa maleabilidade das técnicas de análise? Em outras palavras, como atender a questões que surjam à medida que me debruce sobre as marcas deixadas pelo programa sem que possa adequar as formas de analisá-las ao longo do percurso investigativo?

Micro-história ou história cultural. Tal como concebida pelo historiador italiano Carlo Ginzburg, essa abordagem historiográfica não se limita a pôr em prática regras metódicas preexistentes (Ginzburg, 1989), nem toma séries de observações factuais para então impor-lhes uma teoria (Levi, 1992). Ao contrário, parte dos detalhes para atingir a totalidade da realidade social (Rodrigues, 2005). Esse caminho, no entanto, não é o da generalização – sonho dourado do conhecimento dito sistemático. A observação minuciosa de detalhes e casos particulares, idéia central de toda pesquisa micro-histórica, serve para fazer emergir aspectos que, de outra forma, seriam imperceptíveis. Para torná-los inteligíveis, contudo, é necessário contextualizá-los no fluxo do discurso social (Levi, 1992). A inteligibilidade almejada decorre da articulação entre as micro e macro questões num todo lógico e coerente, assim como a “coerência do desenho é verificável percorrendo o tapete com os olhos em várias direções” (Ginzburg, 1989, p.170).

Por meio dessa abordagem, Ginzburg conseguiu mostrar como a singular cosmogonia de um moleiro do século XVI (Menocchio) – “[...] tudo era um caos, isto é, terra, ar, água e fogo juntos, e de todo aquele volume em movimento se formou uma massa, do mesmo modo como o queijo é feito do leite, e do qual surgem os vermes, e esses foram os anjos. A santíssima majestade quis que aquilo fosse Deus e os anjos, e entre todos aqueles anjos estava Deus, ele também criado daquela massa [...]” (Ginzburg, 1987, p.43) – podia desembocar numa hipótese geral sobre a cultura camponesa da Europa pré-industrial, numa época marcada pela difusão da imprensa e pela Reforma Protestante, bem como pela repressão a essa última nos países católicos. A imprensa permitiu que Menocchio confrontasse suas leituras com a tradição oral em que havia crescido e lhe forneceu as palavras para organizar o amontoado de idéias e

fantasias que povoavam sua mente; a Reforma o encorajou a dizer o que pensava a seus conterrâneos, ao padre de seu vilarejo e a seus inquisidores (Ginzburg, 1987).

A comparação é um dos principais recursos adotados por Ginzburg. Recusando-se a enquadrar *a priori* casos particulares em contextos já delineados, o que significaria apontar Menocchio como típico representante camponês (ou, no máximo, de uma classe média), Ginzburg parte da singularidade de seu caso, passando a dissecá-lo até chegar ao que é irreduzível a uma influência. Para Ginzburg, o respeito à diferença é procedimento metodológico. O minucioso cotejo dos indícios salienta divergências e até mesmo erros que, nessa perspectiva, podem ser também música (Ribeiro, 1987).

Ginzburg não compartilha da idéia de absoluta autonomia cultural das classes sociais. Para ele, é bem mais frutífera a hipótese bakhtiniana de uma influência recíproca entre a cultura das classes subalternas e a cultura dominante (Ginzburg, 1987). As idéias produzidas em uma determinada classe circulam amplamente e são apropriadas por membros de outras camadas sociais, em um complexo processo de acomodação e resistência. Menocchio, de fato, encarnou essa dinâmica de ‘circularidade cultural’. Tendo lido livros produzidos pela cultura letrada e adaptado suas leituras às vivências cotidianas de uma comunidade camponesa, Menocchio assumia posições convergentes às de grupos intelectuais dos mais refinados e conhecedores de seu tempo (Ginzburg, 1987). Há que se considerar, porém, que nem todas as culturas dispõem do mesmo poder. Nesse sentido, todo ponto de vista sobre a realidade depende das relações de força que condicionam, por meio da possibilidade de acesso à documentação, a imagem total que uma sociedade deixa de si (Ginzburg, 2002).

Em suas reflexões sobre a historiografia e o papel do historiador, Ginzburg está preocupado em delinear um modelo epistemológico que supere a oposição entre ‘racionalismo’ e ‘irracionalismo’; que se apóie em critérios de cientificidade que se distanciem tanto da concepção [positivista] de conhecimento como espelhamento passivo da realidade, quanto da postura relativista fundada exclusivamente na retórica. Para tanto, é necessário considerar que, no processo de construção do conhecimento, retórica e prova não são incompatíveis (ao contrário, se completam), assim como não são emoção e razão. A busca é pela verdade provável (e não absoluta), que não coincide nem com a verdade sapiencial, garantida pela pessoa que a propõe e, como tal, para além da prova, nem com a verdade impessoal da geometria, inteiramente demonstrável e acessível a todo aquele capaz de aceder ao conhecimento (Ginzburg, 2002).

A conjectura (recurso essencial de todo pensamento criativo muito antes da constituição das ciências), portanto, é postura e prática presente em todo ato

investigativo, quer na área das ciências humanas, naturais ou exatas (Rodrigues, 2005). A diferença está na forma como ela se manifesta na produção do conhecimento e no valor a ela conferido: de elemento efêmero e até certo ponto secundário no conhecimento sistemático – como hipótese submetida à refutação – à essência da verdade no método indiciário.

Método indiciário. Trata-se de um modelo epistemológico que começa a se firmar nas ciências humanas no final do século XIX (Ginzburg, 1989). Embora obscurecido até hoje pelos preceitos da ciência de inspiração galileana, fundada na quantificação, generalização e normatividade dos fenômenos como forma de explicá-los, o método indiciário vem se apresentando como alternativa para a produção de saber, sobretudo por conta da impossibilidade de aquela forma de fazer ciência apreender o qualitativo, o individual⁵⁷, o que não é redutível a números.

“A tendência a apagar os traços individuais de um objeto é diretamente proporcional à distância emocional do observador. [...] Quanto mais os traços individuais [são] considerados pertinentes, tanto mais se [esvai] a possibilidade de um conhecimento científico rigoroso” (Ginzburg, 1989, p.163).

Então não pode haver rigor no método indiciário? Não na acepção galileana do termo, que não só é inatingível como indesejável para as formas de saber mais ligadas à experiência cotidiana. Na produção desse tipo de saber, faro, golpe de vista e intuição são elementos que, embora imponderáveis, devem de alguma forma ser considerados. Por isso, se diz que o método indiciário vale-se de um ‘rigor flexível’ (Ginzburg, 1989). Ou seja, a organização do método não opera sem a intuição e outros elementos que não se prestam a ser formalizados. No método indiciário, embora não sejam quantificáveis, os indícios mudos também são passíveis de averiguação: “[o] fato de uma fonte não ser ‘objetiva’ não significa que seja inutilizável” (Ginzburg, 1987, p.20).

“Ao nível do mar, a água entra em ebulição a 100°C”. Generalizações como essa resultam do expressivo avanço da ciência moderna, sobretudo a partir dos achados de Galileu e Newton. Calcada na rigorosa aplicação de um método próprio, marcado pela quantificação, racionalidade, neutralidade e objetividade, a ciência acenava com a possibilidade de controle da natureza. Para isso, a reprodução da realidade na forma de experimentos, feita sob rígido controle metodológico, era [e ainda é] tomada como a base para generalizações e previsões. Se o conhecimento sistemático é possível e até

⁵⁷ A noção de individualidade expressa aqui se refere às especificidades do objeto.

certo ponto desejável para as ciências da natureza, o mesmo não vale para fenômenos eminentemente qualitativos, marcados pela subjetividade e casualidade; o mesmo não vale para as ciências humanas. “Se a realidade é opaca, existem zonas privilegiadas – sinais, indícios – que permitem decifrá-la”, argumenta Ginzburg (1989, p.177). Essa é a essência do saber indiciário, método de conhecimento cuja força está na observação do pormenor revelador, de detalhes aparentemente negligenciáveis que podem desvelar fenômenos profundos de notável alcance. Segundo Ginzburg (1989), esse é o elo entre a psicanálise de Freud, o ‘método morelliano’⁵⁸ usado para a identificação de quadros antigos e a literatura de Arthur Conan Doyle, criador de Sherlock Holmes: pistas infinitesimais que permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível.

O método indiciário é, por vezes, chamado de semiótico. Trata-se, porém, de um adjetivo não-sinônimo, adverte Ginzburg (1989). A semelhança entre esses termos está no fato de ambos se fundarem em um modelo epistemológico comum, cujo núcleo é a conjectura, também chamada de abdução, uma das três formas de raciocínio ao lado da indução e da dedução. Segundo Peirce (1990), porém, a abdução – processo de formação de uma hipótese explanatória – é a única operação lógica que apresenta uma idéia nova, já que a indução nada faz além de determinar um valor e a dedução meramente desenvolve as conseqüências necessárias de uma hipótese pura.

Assim, orientado pelo método indiciário, que inclusive já vem sendo adotado em investigações sobre temas relacionados à Educação Física (Job, 2006), lancei-me às marcas deixadas pelo Agita São Paulo a fim de interpretar sua base teórica, estratégias e discursos. Mas fiz isso valendo-me da operacionalização proposta por Greimas derivada da semiótica – ciência segundo a qual todo enunciado verbal ou não-verbal auto-suficiente, fechado, dotado de significação e função integrais não passíveis de divisão, pode ser considerado um texto (Cardoso, 1997). Ou seja, narrativas estão presentes tanto em textos escritos, assim como em imagens, figuras, filmes etc. Para Greimas, a possibilidade de uma semiótica narrativa depende da noção de que existem estruturas narrativas, cujo sentido deve ser buscado “num nível profundo que é prévio aos modos concretos de sua manifestação” (Cardoso, 1997, p.13). Surge, então, a seguinte questão: como se acercar operacionalmente do sentido sem que a linguagem verbal, usada para explicitá-lo, o contamine ou o obscureça? Trata-se de tarefa bastante árdua,

⁵⁸ Trata-se do método proposto pelo italiano Giovanni Morelli (1816-1891) usado para identificar a autoria de obras de arte com base no exame criterioso dos “pormenores mais negligenciáveis, e menos influenciados pelas características da escola a que o pintor pertencia: os lóbulos das orelhas, as unhas, as formas dos dedos das mãos e dos pés” (Ginzburg, 1989, p.144).

principalmente quando se reconhece, primeiro, que o sentido é o que permite a transcodificação, ou seja, a sua transposição de uma forma de linguagem (filme) a outra (sua descrição verbal). Em outras palavras, se não há sentido, não há o que ser transcodificado. Segundo, a produção do sentido, que se dá no seio da práxis (individual ou coletivamente considerada), pode experimentar transformação do próprio sentido veiculado. Além disso, há que se considerar que

“[...] o significado não é apenas alguma coisa ‘expressa’ ou ‘refletida’ na linguagem – é na realidade **produzido** por ela. Não se trata de já possuímos significados, ou experiência, que em seguida revestimos de palavras; só podemos ter os significados e as experiências porque temos uma linguagem na qual eles se processam. Isso sugere, além do mais, que nossa experiência como indivíduos é social em suas raízes, pois não pode haver nada como uma linguagem particular, e imaginar uma linguagem é imaginar toda uma forma de vida social [grifo no original]” (Eagleton, 1994, p.66).

Assim sendo, o sentido deve ser apreendido simultaneamente como sistema (estrutura) e como processo, cada um desses aspectos supondo o outro (Cardoso, 1997).

Ciente da dificuldade envolvida na tarefa de captura do sentido de narrativas, Greimas aceita esse desafio por meio do uso de técnicas de transposição formalizadas, lógicas, rigorosas, que permitam transcodificações cada vez mais adequadas. Ou seja, a linguagem para falar do sentido seria, então, uma semiótica das formas de significação que procurasse captar as suas articulações, manipulações e transformações nos discursos e textos (Cardoso, 1997). Assim, considerando o percurso gerativo textual segundo Greimas e Courtés (*apud* Cardoso, 1997), analisei o texto fílmico na perspectiva semiótica, levando em conta os seguintes elementos: (a) coerência textual, ou seja, o que liga as frases solidariamente, caracterizando-as como parte de um todo mais amplo; (b) competência textual e intertextual, isto é, a capacidade de perceber as frases como fragmentos interligados a algo maior e coerente, suprindo as conexões implícitas que se tornaram necessárias; (c) as estruturas superficiais e profundas do texto, sendo que as primeiras correspondem à ordenação discursiva dos conteúdos manifestos e, as segundas articulam-se aos elementos semânticos mais basais cujo caráter geral e o estatuto lógico podem ser definidos; e, por último, (d) a ‘discursivização’: processo no qual, através das estruturas discursivas mais superficiais, as estruturas profundas (ou seja, as sêmio-narrativas) são postas em discurso pela elocução. Na ‘discursivização’ institui-se: os personagens (processo de ‘actorialização’), os efeitos de tempo e espaço (processo de ‘temporalização’ e ‘espacialização’) e a geração dos elementos abstratos (processo de ‘tematização’) e concretos (processo de ‘figurativização’).

Portanto, as ferramentas analíticas propostas por esses autores foram utilizadas quando, e somente quando, necessárias à explicitação das ‘marcas’ (‘fios’) e de sua ordenação num todo coerente (‘tapete’). Isso significa que a configuração final do ‘tapete’ depende dos ‘fios’ usados para confeccionar sua trama. Outros ‘conhecedores’, valendo-se de outros métodos, certamente trariam à tona outros fios, outros sinais, outros tapetes, outras leituras. Parafraseando Cardoso (1997), a que passo a apresentar é apenas uma leitura entre outras possíveis.

As ‘Marcas’ do Agita São Paulo

Considerando a diversidade de ‘marcas’ deixadas pelo Agita São Paulo ao longo de sua história, priorizei as que se destacam por sua relevância e riqueza de informações. Tomei, porém, como eixo da análise o filme institucional ‘Agita São Paulo’, com 10min e 58seg de duração, produzido em 2006 pela empresa Flagra Produções. À análise desse filme, foram agregadas as de outros documentos produzidos pelo programa ou por seus principais atores, sempre que consideradas pertinentes, necessárias e/ou complementares à compreensão da base teórica, das estratégias e dos discursos do Agita São Paulo. A análise, portanto, não se restringe ao filme ‘Agita São Paulo’, embora o tome como eixo condutor. Fiel ao método indiciário, busquei reunir o maior número possível de ‘marcas’ que me permitisse decifrar essências não explicitadas do ‘Agita São Paulo’.

Além dos filmes, há vários documentos impressos produzidos pelo Agita São Paulo que são de grande valia para a compreensão de suas estratégias, discursos e base teórica. Há algumas publicações que podem ser consideradas institucionais, assim como os filmes ‘Agita São Paulo’ (2006) e ‘Agita Galera’ (2004). Em 1998, o CELAFISCS, em parceria com o governo do Estado de São Paulo, publica o livro ‘Programa Agita São Paulo’ (59 páginas) (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998). Nessa obra, são apresentadas as linhas gerais do programa, sua justificativa, seus objetivos, resultados previstos, atividades propostas, além de outras informações.

Em 2002, o programa lança a obra ‘Isto é Agita São Paulo’ (113 páginas) (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). Nessa publicação, além da apresentação do programa e de sua estrutura organizacional, são apontadas ações de promoção da atividade física realizadas no mundo, no país (Agita Brasil) e em diferentes estados. Uma das seções da obra é destinada ainda à apresentação das evidências que dão sustentação ao programa.

Diferentemente das outras duas publicações, o CELAFISCS e a Secretaria de Saúde dividem a autoria do livreto ‘Agita Galera’ (45 páginas) com a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. Na primeira parte da obra (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [entre 1997 e 2002]), o programa Agita São Paulo é apresentado e, na segunda, os fundamentos e estratégias do mega-evento ‘Agita Galera’, além de sugestões de ações permanentes para promover o estilo de vida ativa nas escolas. O ‘Agita Galera’ é um mega-evento que, desde 1997 (Matsudo, Matsudo, 2005), se realiza na última sexta-feira do mês de agosto e tem por objetivo sensibilizar alunos, pais e dirigentes de ensino das escolas públicas do Estado de São Paulo e de algumas particulares para a importância da prática regular de atividades físicas.

As diversas iniciativas do Agita São Paulo são detalhadas na obra ‘Boas Práticas na Promoção de Atividade Física para a População’, também publicada em parceria com o governo do Estado de São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2004; 2005; 2006) e que já está no terceiro volume. À semelhança da obra de Sammann (1998), que relata 20 experiências de promoção da atividade física conduzidas em 16 estados dos EUA, nesses volumes são apresentadas iniciativas realizadas em várias cidades, escolas, empresas, hospitais, clubes, associações e entidades de classe do país.

A produção de material de divulgação pelo Agita São Paulo não pára nessas obras, nem no formato impresso. O programa gerou vários cartazes, pôsteres, adesivos e cartões, mas também diversos materiais promocionais como viseiras, *mouse pads*, imã de geladeira, broches, camisetas, bexigas, sacolas, entre outros. Vale destacar ainda a publicação de vários artigos em revistas científicas nacionais e internacionais. Outras informações igualmente valiosas sobre o Agita São Paulo (e programas concebidos à sua semelhança) podem ser obtidas em seu portal na internet, em portarias e deliberações editadas pelo poder público, assim como em entrevistas e palestras concedidas por seus principais representantes.

A Análise das ‘Marcas’ do Agita São Paulo

Todo o material coletado foi analisado tomando-se por base dois procedimentos de codificação qualitativa analítica, comuns à análise de documentos históricos: *codificação aberta* e *enfocada* (Cardoso, 2000). Para cumprir a etapa de *codificação aberta*, primeiro os documentos foram lidos⁵⁹ demorada e minuciosamente, porém com a mente aberta a idéias, temas e questões que pudessem ser formuladas a partir dessa

⁵⁹ Como a abordagem é semiótica, essa ‘leitura’ refere-se a todos os tipos de documento (textos, gravuras, filmes etc).

leitura. A idéia subjacente a esse procedimento, para o qual atenção e discernimento são atitudes necessárias, é a de se deixar sensibilizar por sinais e indícios antes não imaginados. Depois disso, passando à *codificação enfocada*, reli os documentos, agora com o olhar direcionado por temas, os identificados na revisão de literatura como de particular interesse para o estudo e/ou os formulados durante a codificação aberta. Ambos os procedimentos foram repetidos tantas vezes quantas necessárias, até que eu julgasse esgotadas as possibilidades de identificar sinais e indícios a partir dos documentos.

O Filme ‘Agita São Paulo’

Numa abordagem semiótica, a imagem visual é encarada como um todo fechado de significação, o que a faz, portanto, um texto suscetível de análise (Cardoso, 1997). No caso dos filmes, além dos sinais visuais, há os auditivos. Se por um lado esse conjunto de sinais enriquece a mensagem cinematográfica, por outro, aumenta sua complexidade e dificulta a análise de sua narrativa. Visando dar conta dessa multiplicidade de sinais, transcrevi para o papel as imagens, os sinais visuais escritos (textos que aparecem na tela) e os auditivos (falas, músicas e sons) dos filmes. Para isso, estruturei uma tabela (Apêndice 1) de modo que cada linha correspondesse a um segundo e as colunas ao conjunto de sinais perceptíveis em um filme. Quis, com isso, explicitar no papel a simultaneidade das ações, visando facilitar a análise e aproximar o(a) leitor(a) o mais possível da situação de exibição do filme propriamente dita.

Agora, passo a analisar o filme ‘Agita São Paulo’. Como assinala anteriormente, embora tenha tomado esse filme como eixo condutor da análise do programa ‘Agita São Paulo’, não me limitei a ele. Sempre que necessário, recorri a outras ‘marcas’ que se revelaram necessárias à elucidação dos sentidos subjacentes à base teórica, ao discurso e às estratégias adotadas pelo programa ‘Agita São Paulo’. Também gostaria de dizer que meu esforço de dar conta de toda a riqueza do material disponível para análise por vezes me levou a ser repetitivo. Porém, não tomei isso necessariamente como uma falha, mas como recurso necessário para dar conta de boa parte das várias conexões identificáveis no material do Agita São Paulo e, por conseguinte, para melhor elucidar minhas idéias e argumentos. Ainda assim, desde já me desculpo por qualquer excesso cometido nesse sentido. Bem, sem mais delongas, vamos à análise. Antes, porém, a fim de facilitar tanto a identificação como a compreensão de algumas passagens do texto, sugiro fortemente que, daqui pra frente,

o(a) leitor(a) acompanhe a leitura do presente capítulo tendo em mãos o Apêndice 2, onde fiz a transcrição do filme.

Já no quadro de abertura, vê-se que o filme é apresentado também nas versões em inglês e espanhol, nas quais as falas do narrador são traduzidas para as referidas línguas enquanto as dos depoentes são legendadas. Trata-se de iniciativa que, sem dúvida, denota a intenção de viabilizar a ampla disseminação da mensagem do programa, dada a quantidade de pessoas no mundo que compreende o inglês, o espanhol ou o português⁶⁰.

Assim que a tecla *play* do aparelho de DVD é acionada, o logotipo do CELAFISCS é exibido na tela (Figura 9, letra a)⁶¹ acompanhado por sons que se assemelham a batidas de atabaque⁶² e ao tilintar do ‘sino dos ventos’⁶³. Algo é anunciado, como que fazem os tambores e o vento. Na seqüência, uma tela de fundo preto. Nela, vê-se o traçado de um eletrocardiograma, em vermelho. Ao fundo, ouvem-se sons de batimentos cardíacos, enquanto o narrador (voz em *off*) adverte, em tom fúnebre, que “só no Brasil trezentas mil pessoas morrem por ano devido a doenças cardiovasculares. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas com uma receita simples e barata” (Agita São Paulo, 2006, de 9” a 23”). Ao plano escuro e tom fúnebre, segue-se, então, a boa-nova: agora numa tela de fundo branco, entra uma seqüência de dez quadros nos quais a mascote do Agita São Paulo, o Meiorito (tratarei desse personagem mais adiante), pratica diversas atividades físicas, com um fundo musical vivificante e agitado (24” a 34”). A seqüência é finalizada com o logotipo do Agita São Paulo, que é estampado na tela e pisca uma vez (Figura 9, letra b).

⁶⁰ Cerca de 839 milhões e 200 mil pessoas no mundo têm inglês, espanhol ou português como 1ª língua (Fonte: <http://encarta.msn.com/media_701500404/Languages_Spoken_by_More_Than_10_Million_People.htm>. Acesso em: 11 junho 2007).

⁶¹ Em movimento, pois o boneco pedala na bicicleta ergométrica.

⁶² “Pequeno tambor de origem oriental; família de tambores oblongos com pele retesada numa das extremidades, usado no Brasil em festividades religiosas e etnográficas” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p.329).

⁶³ Instrumento clássico do Feng Shui, também conhecido como ‘mensageiro dos ventos’, que se assemelha a um móvel feito por pequenos tubos (de metal, bambu, pedras ou plástico), cuja finalidade principal é energizar um ambiente, seja pelo som que emite, seja por seu movimento. Quando os tubos se tocam pela força do vento, o metal vibra e eleva a energia do ambiente (informação obtida em <<http://www.terra.com.br/mulher/decoracao/2002/02/19/000.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2007).

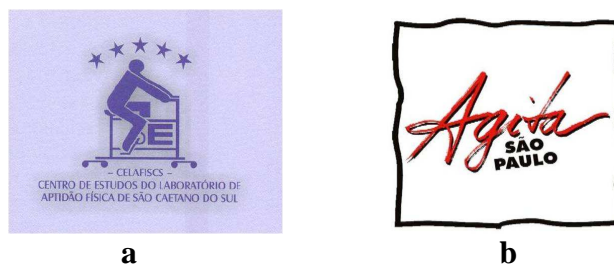


Figura 9 – (a) logotipo do CELAFISCS; e (b) logotipo do Agita São Paulo (Fonte: Agita São Paulo, 2006).

Impressiona a quantidade de informações e significados que emerge em apenas onze segundos de filme. A passagem da escuridão para a claridade – ou das trevas para a luz, numa expressão afeita a dogmas religiosos – se dá por meio da prática de atividades físicas. A mensagem é clara: agitar é a ‘receita’ contra mortes por doenças cardiovasculares. As atividades físicas encenadas pela mascote do programa são, portanto, ingredientes de uma “receita simples e barata” chancelada pelo Agita São Paulo (o logotipo do programa entra imediatamente após os quadros com o Meiorito, como se carimbasse a ‘receita do agito’).

A simplicidade e a barateza dessa ‘receita’ desempenham duas funções aparentemente paradoxais: atração e constrangimento. Atraem o poder público pela apregoada redução de gastos no campo da saúde com o tratamento de doenças do coração, entre outras epidemiologicamente associadas ao sedentarismo. Os atributos dessa ‘receita’ reaparecem mais adiante no filme (entre 6’41” e 7’27”), na fala do prefeito de Sorocaba, Vitor Lippi: “[i]sso tudo [uma população com menos doenças] pode ser conseguido a um custo extremamente baixo, **praticamente a um custo zero, basta vontade política** [grifo meu]” (Agita São Paulo, 2006).

Por outro lado, a simplicidade e barateza da ‘receita’ associadas ao tom apologético e profético da mensagem acabam impondo constrangimentos àqueles que deixam de adotá-la. No caso do poder público, esse constrangimento dilui-se nos vários atores e gestores responsáveis pela condução de políticas. Embora vontade política seja apontada como suficiente para a adoção da ‘receita’, vale lembrar que se trata de política, prática que envolve ações e reações humanas complexas e nada previsíveis. Assim, atenua-se a responsabilidade do poder público se não adota a ‘receita’ do Agita São Paulo, mesmo porque governos (sejam municipais, estaduais ou federais) geralmente oferecem à população outros projetos que envolvem a prática de atividades físicas; outras receitas, portanto.

O mesmo, porém, não vale quando o foco é o indivíduo. Numa época em que é saudado cada vez mais como senhor de si próprio, em que autocuidado e autogestão são

expressões de ordem, a simplicidade e barateza da ‘receita’ apregoada e chancelada pelo Agita São Paulo, mais que motivar o indivíduo, atuam responsabilizando-o por não seguir a ‘receita’ do agito. Ora, se é possível agitar em qualquer lugar (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [entre 1996 e 2002]) e sem pagar por isso (Ministério da Saúde, [2001 ou 2002]), “qualquer pessoa [pode] incluir a atividade física no seu dia a dia” (Agita São Paulo, 2006, 2’04” a 2’40”), independentemente de classe social, idade ou condição física. Essa é a mensagem implícita nos quadros em que o Meiorito aparece agitando de diferentes maneiras (de 24” a 34”): no zôo, jogando basquete, empurrando um carrinho de bebê, numa cadeira de rodas, passeando com o cachorro, dançando, subindo escadas, caminhando de bengala e óculos, lavando o carro, e nadando numa piscina (Figura 10). Esses e outros quadros também são apresentados em materiais impressos produzidos pelo CELAFISCS (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [entre 1997 e 2002]).



Figura 10 – Quadros com o Meiorito praticando atividade física (Fonte: Agita São Paulo, 2006).

As atividades exibidas nesses quadros podem, a princípio, ser praticadas por qualquer pessoa (portadores de necessidades especiais e idosos estão representados, respectivamente, nos quadros 4 e 8 da figura 10). Um detalhe, porém, chama a atenção.

Algumas das atividades apresentadas não são (ou não podem ser) igualmente praticadas por todas as classes sociais. É o caso da natação em piscinas⁶⁴ e do passeio com o cachorro⁶⁵. O ato de lavar carros também poderia ser apontado como exemplo, sem que esqueçamos, porém, que há pessoas que lavam carros para sobreviver, e não como forma de lazer. Ações desse tipo também são mostradas no portal do Agita São Paulo na internet, tanto o antigo quanto o novo⁶⁶. Visando ao aumento do gasto calórico da população, o portal exhibe quadros com o Meiorito realizando outras ações nada unânimes às diferentes classes sociais: a abertura manual de portões eletrônicos⁶⁷ e a substituição do automóvel pelo ônibus e/ou a caminhada⁶⁸, entre outras.

Assim como unhas e caracóis de cabelo revelam a falsificação de uma pintura, guimbas de cigarro levam à solução de um crime, sonhos ao acesso do inconsciente humano (Ginzburg, 1989), a referência àquelas atividades físicas denuncia as determinações de classe implícitas no discurso do Agita São Paulo; os valores e a visão de mundo de determinada classe social que intervêm na estrutura de seu pensamento (Ginzburg, 1989). A pretensa universalidade do discurso do Agita São Paulo se esvai com a análise semiótica de sua narrativa. A trama aparente, dita universal, esconde uma outra urdidura, extremamente elitista, conservadora e culpabilizadora da vítima. É o que revelam cada vez mais as ‘pistas’ do Agita São Paulo à medida que as vou descobrindo. Continuemos, pois, na análise do filme.

A ligação entre a seqüência anterior (de 24” a 34”) e a seguinte (de 36” a 1’38”), em que várias pessoas (muitas delas trajando camisas do Agita São Paulo) caminham e se exercitam em diversas situações, é feita por meio de imagem que exhibe pés em close, todos de tênis, caminhando em chão de terra batida. Imagem breve de ‘pés no chão’, expressão que denota objetividade e realismo (Instituto Antônio Houaiss, 2001), além

⁶⁴ Principalmente se considerarmos a quase inexistência de piscinas nas escolas públicas brasileiras e a reduzida oferta de vagas nos centros esportivos públicos.

⁶⁵ Não posso deixar de mencionar aqui um fato que presenciei em um dos Simpósios promovidos pelo CELAFISCS. Em um dos intervalos do Simpósio, duas pessoas, cada uma conduzindo um cão da raça poodle, desfilaram no palco do auditório principal do evento para ilustrar como o cachorro pode ser útil para o acúmulo dos trinta minutos de atividade física.

⁶⁶ Vide <<http://www.agitasp.org.br>>. Acesso em: 27 jan 2007.

⁶⁷ Neste quadro, o Meiorito, à frente de um fusca, abre um portão de garagem. Ao fundo, lê-se a seguinte frase: “para abrir o portão eletrônico consome-se menos de 1 caloria, mas abrindo o portão com as mãos duas vezes ao dia você gasta 3!”.

⁶⁸ Dois quadros fazem menção ao uso do automóvel. No primeiro, em que o Meiorito aparece andando, lê-se a seguinte frase: “parar o carro próximo ao destino e andar por 10 segundos consomem 0,3 calorias, mas andando por apenas 2 minutos, cinco vezes por semana, seu gasto chega a 8!”. No segundo, em que o Meiorito aparece próximo a um ônibus, lê-se a seguinte frase: “dirigir por 40 minutos e andar mais 5 no estacionamento consomem 22 calorias, mas andar por 15 minutos até o ponto de ônibus, duas vezes ao dia, gasta 60!”.

da idéia de base, alicerce, fundamento. Para enfrentar as doenças do coração é preciso ser realista e objetivo: agitar, caminhar – receita “simples e barata” do Agita São Paulo.

As imagens de pessoas caminhando e se exercitando (de 36” a 1’38”) são acompanhadas durante um período (de 52” a 1’30”) pela voz do narrador. Se porventura a menção ao CELAFISCS na abertura do filme e sua associação com o Agita São Paulo (de 1” a 7”) passaram despercebidas pelo(a) espectador(a), com esta fala do narrador não há mais dúvida:

“O Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, CELAFISCS, realiza um trabalho pioneiro. Desde 1996, desenvolve um programa de estímulo à prática da atividade física: é a cidadania ativa. O trabalho ganhou dimensão de política pública de saúde em 1996. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo convidou o CELAFISCS para elaborar um programa de atividade física para todo o Estado. Assim nasceu o Agita São Paulo [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, de 52” a 1’30”).

No momento em que o CELAFISCS é apresentado como entidade responsável pelo Agita São Paulo, aparecem expressões como ‘pioneirismo’, ‘cidadania ativa’ e ‘política pública’ que, de antemão, sugerem a relevância do programa. Apesar de seus conceitos não serem discutidos, muito menos em profundidade⁶⁹, eles são recorrentes em outras partes do filme, como veremos.

A poucos segundos de terminar a seqüência de imagens em que pessoas aparecem caminhando e se exercitando (de 36” a 1’38”), ouve-se a voz de Victor Matsudo, coordenador geral do Agita São Paulo, reiterando a simbiose entre o CELAFISCS, o Agita São Paulo e o poder público.

“Agita São Paulo é um programa que veio para combater o principal inimigo de saúde pública: o sedentarismo. Agita São Paulo é uma iniciativa do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, o CELAFISCS, e da Secretaria de Estado da Saúde junto com mais de 200 instituições parceiras que representam o setor governamental, o não-governamental e o setor privado. Todos juntos para combater esse grande inimigo, o sedentarismo, que tomou conta da nossa sociedade [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, de 1’32” a 2’03”).

Para que essa simbiose funcione, é necessário um amálgama, algo que una o programa àquelas instituições e aos setores não-governamental e privado. Algo que

⁶⁹ Embora não se possa esperar uma discussão aprofundada de conceitos em um filme institucional de cerca de 10 minutos, isso também não ocorre nos demais materiais institucionais produzidos pelo Agita São Paulo.

desfrute de certa unanimidade. Não por acaso o sedentarismo é apontado como o “principal⁷⁰ inimigo de saúde pública” (Agita São Paulo, 2006). Não apenas no filme, mas em outros documentos do Agita São Paulo ele é apresentado como o “inimigo número 1 da saúde pública” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002; 1998).

Ora, assumi-lo como tal, além de obscurecer outros importantes determinantes da saúde, implica que seus adeptos sejam vistos como contrários a algo que, por mais polissêmico que seja, goza de certa unanimidade entre as pessoas: a saúde. Assim como as [polissêmicas] noções de justiça, paz e liberdade, quem pode ser ou postar-se contra a saúde? Esses não seriam loucos, insensíveis ou malfeitores?... De fato, muitas facetas da existência humana têm sido julgadas em termos de saúde, noção que parece ter se tornado uma espécie de ‘guarda-chuva’ simbólico (Luz, 2005). Tal associação com a saúde, porém, não pode servir para apagar a complexidade e subjetividade implícita ao termo, tratando-a monoliticamente. A saúde é percebida de múltiplas formas, por mais que algumas noções sejam recorrentemente apontadas como seus sinônimos como, por exemplo, a de bem-estar. Ainda assim, o bem-estar também é percebido distintamente pelas pessoas, diferentes que são em gostos, valores, histórias e objetivos de vida.

Daí decorrem alguns desdobramentos. Hábitos e comportamentos inversamente associados [pela epidemiologia] à noção de saúde, como o sedentarismo, passam a ser demonizados e seus adeptos culpabilizados. Nesse sentido, consideramos digna de nota a afirmação do coordenador geral do Agita São Paulo, Victor Matsudo, feita no XI Congresso de Ciências do Desporto e Educação Física dos Países de Língua Portuguesa, realizado em setembro de 2006. Ao final de sua apresentação intitulada ‘A Experiência do Agita São Paulo na Promoção da Atividade Física como Instrumento de Combate à Obesidade Infanto-Juvenil’, ao ser indagado, por escrito, sobre a possibilidade de pessoas não perceberem o sedentarismo como um risco à sua saúde, Matsudo respondeu que todos têm o direito de escolher seus comportamentos, mas a “anta”⁷¹ que opta pelo sedentarismo o faz por ainda não ter ouvido a mensagem da atividade física, por ainda não conhecer o Agito!⁷² Ainda que instantes depois Matsudo tenha dito se tratar de uma brincadeira, consideramo-la prática no mínimo inadequada a um congresso científico. Mais que isso, tomamo-la como mais um indício do fenômeno da culpabilização da

⁷⁰ Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, “que é o primeiro, o mais considerado, o mais importante de um grupo; fundamental, essencial” [...] “de maior relevância, decisivo” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p.2299).

⁷¹ “Indivíduo de inteligência limitada; burro, tolo” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p.228).

⁷² Caixa de remédio imaginário (da qual tratarei mais adiante), usada pelo programa Agita São Paulo para estimular a prática de atividades físicas.

vítima que subjaz às ações e mensagens propagadas pelo Agita São Paulo. A conclusão, aliás, não poderia ser outra, já que, meses depois Matsudo reiteraria suas palavras, dessa vez para audiência muito maior. Ao ser entrevistado no programa ‘Papo com Armando Nogueira’, exibido pelo canal SporTV em 22 de março de 2007, Matsudo usa e abusa do substantivo “anta” para se referir ao homem brasileiro sedentário, diga-se de passagem, de classe média ou superior, pois tem carro e cachorro, mora em imóvel com elevador ou jardim, lê O Globo, e sua filha faz balé:

“Armando Nogueira: Tem aqui uns dados interessantes [referindo-se à embalagem do Agitol]: se você levar o seu cachorro até a porta da casa, você consome exatamente 2 calorias. Mas se você caminhar com ele por 30 minutos, vai consumir 150 calorias.

Victor Matsudo: 75% vezes mais do que você **ficar parado, como eu falo, que nem uma anta**, lá, vendo teu **cachorro...**

[...]

Victor Matsudo: [...] Você sabe que mulher vive mais que o homem?... Mulher brasileira vive 7 anos mais que o homem.

Armando Nogueira: Ah, é?

Victor Matsudo: É... o homem brasileiro, ele se considera Deus em férias no paraíso. Vamos fazer uma mea culpa nossa. Você vê, num domingo pela manhã, uma imagem no Brasil, o homem fazendo café fazendo [sic] uma chaleira pra fazer café, e a mulher sentada lendo uma revista, **lendo O Globo**, lá o jornal?... Não. Isso é impossível. A mulher tá fazendo e o marido tá sentado. O homem brasileiro como se acha Deus em férias no paraíso, ele senta-se ali e tal... senta à mesa e abre os braços como Deus todo poderoso e ‘faça-se café’ e, pum, cai na frente dele. E ele já começa, ‘tá frio, tá fraco, eu já falei que eu não gosto’... Ele sai atrasado pro trabalho 5 minutos e ele tem escada direto pra descer. **Tem elevador** que vai esperar mais 5. O que que [sic] ele faz, pega escada ou vai de elevador?

Armando Nogueira: Elevador.

Victor Matsudo: Elevador. Atrasa 10, mas não vai de escada. Por que? Porque Deus não desce escada! **Ele vai pegar o carro na garagem, perto da porta do elevador** [palavra incompreensível] porque ele é doutor. Não é qualquer vaga de garagem. Ele quer uma vaga perto da porta. **Vai estacionar o carro** aonde [sic]? Longe do trabalho ou perto? Não é nem perto, é dentro. Perto da porta do elevador. Ele volta pra casa à noite, fica lá a ver as notícias da Globo e dorme, babando... não faz nada. **A mulher leva** o que? De manhã, **o filho pra escola, a filha pro balé**, o pai da **anta lá do marido** vai chegar [palavra incompreensível] vai buscar. A mãe precisa ir buscar um exame...

Armando Nogueira: ela vai levar...

Victor Matsudo: volta o cachorro da **anta...** sujou todo o **jardim**. Ela limpa o **jardim**. Sabe o que que [sic] isso dá? Sete anos de vantagem de viver a

mais pra ela. Com uma vantagem extra. Sabe qual é? Sete anos sem o **anta** ao lado [risos] [grifos meus]" (Matsudo, 2007).

Ainda que possa passar despercebido pelos mais distraídos, essa culpabilização também está impregnada na última frase da primeira fala de Victor Matsudo no filme (de 1'32" a 2'03"): "**Todos juntos** para **combater** esse grande **inimigo**, o sedentarismo, que tomou conta da **nossa sociedade**" [grifos meus] (Agita São Paulo, 2006). Reparem que a exortação de "todos" à defesa de "nossa sociedade" exclui "esse grande inimigo [...] sedentarismo" do agrupamento humano em que vivemos. Se 'todos' (pronome indefinido que expressa idéia de totalidade) integram a 'nossa' (pronome possessivo que denota noção de pertencimento) sociedade, o grande 'inimigo' (substantivo que indica oposição) não pode dela fazer parte.

Portanto, além de inimigo, o sedentarismo é algo externo à sociedade. Tal configuração despreza o fato de que o sedentarismo vem sendo engendrado há anos pela própria sociedade, isentando-a, assim, por sua produção. Além disso, inspira a necessidade de união de todos contra um inimigo comum, o que tende a diluir, ou mesmo eclipsar, diferenças sociais, culturais e econômicas. Ao mesmo tempo, porém, a responsabilidade pelo enfrentamento do sedentarismo é atribuída aos indivíduos, por meio da mudança de estilos de vida. A unanimidade em favor da saúde é a mesma contra o sedentarismo⁷³, mal a ser banido da sociedade (consideração, aliás, com forte conteúdo moralista).

A demonização do sedentarismo está presente em várias 'marcas' do Agita São Paulo. "Seja inativo: a funerária agradece!" é uma das 21 frases inscritas no rodapé das páginas pares do livro 'Agita Galera' (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [entre 1997 e 2002]), uma espécie de manual do mega-evento Agita Galera voltado para a comunidade escolar. Na versão antiga do portal do Agita São Paulo na internet⁷⁴, por exemplo, a atividade física era apresentada como uma vacina contra esse mal. Ao clicar nas setas localizadas nos cantos inferiores de uma das telas, entravam quadros com o Meiorito agitando de diversas maneiras, algumas delas já apontadas anteriormente.

Esses mesmos quadros estão na nova versão do portal do Agita São Paulo⁷⁵. Agora localizados no canto inferior esquerdo da tela, abaixo do logotipo do Agita São

⁷³ Ainda que a recomendação do CDC (Pate *et al.*, 1995) venha sendo adotada como referência por muitos programas e em muitos estudos, sedentarismo é um conceito sobre o qual não há consenso (Bernstein, Morabia, Sloutskis, 1999), mesmo numa perspectiva essencialmente biológica.

⁷⁴ www.agitasp.com.br (Acesso em: 10 set. 2003).

⁷⁵ Disponível em: <www.agitasp.org.br>. Acesso em: 02 fev. 2007. O antigo endereço (www.agitasp.com.br) não foi completamente desativado, já que redireciona o visitante para o novo portal do Agita São Paulo.

Paulo e da inscrição “Atividade Física é saúde: acumule 30 minutos todos os dias”, os quadros, ao lado da inscrição ‘Vacine-se’, são exibidos automaticamente sem a necessidade de comando do visitante. No novo portal, a demonização do sedentarismo é mais sutil. Se atividade física é saúde e devem-se acumular 30 minutos diariamente, contra o que se estaria vacinando, senão contra o sedentarismo? Um mal, já que o ato de vacinar é associado à imunização contra doenças. Mas voltemos à análise do filme...

Depois de Victor Matsudo exortar a todos ao combate do sedentarismo, inimigo que tomou conta da nossa sociedade, o narrador afirma (voz em *off*) que “[e]m dois anos o programa foi reconhecido como modelo pela Organização Mundial da Saúde” [grifo meu] (Agita São Paulo, 2006, de 2’04” a 2’40”). Mas esse reconhecimento não tardou tanto assim. Na obra ‘Isto é CELAFISCS’, afirma-se textualmente que o Agita São Paulo, já em 1997, era reconhecido pela OMS como modelo de iniciativa de promoção da atividade física nos países em desenvolvimento (CELAFISCS, 2004b), ou seja, quando mal tinha completado um ano de vida. E foi mesmo o que ocorreu. Em 22 de julho de 1997, Matsudo participava da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jakarta, quando, pela primeira vez, a prática da atividade física foi tomada como uma das dez áreas prioritárias da Promoção da Saúde. Matsudo participou da sessão intitulada ‘*Moving Ahead*’ que focou “ações de Promoção da Saúde com maiores possibilidades de promover ganhos significativos em saúde e bem-estar até o ano 2020” (WHO, 1997a, p.58). A partir daí, o Agita São Paulo se tornaria membro da ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’ da OMS (CELAFISCS, 2004b). Fecha-se, assim, a seguinte narrativa: mortes por doenças cardiovasculares podem ser evitadas com uma “receita simples e barata” (o agito), chancelada pelo Agita São Paulo, programa credenciado por uma das mais influentes instituições de saúde do mundo, a OMS. Com essa credencial, o Agita São Paulo se habilita a difundir para outras freguesias suas estratégias de promoção de atividade física. De fato, é a partir de 1999 que surge a maior parte dos programas ‘descendentes’ do Agita São Paulo, sejam nas esferas municipal ou estadual.

Chama atenção, no entanto, um sucesso tão meteórico. Principalmente pelo fato de até 1999 não se ter notícia de resultados do Agita São Paulo que permitissem apontá-lo como exitoso, mesmo porque avaliações do programa só começaram a ser realizadas regularmente a partir desse ano (Matsudo, Matsudo, 2005). Com exceção da obra que apresenta as diretrizes do programa (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998), só a partir de 2000 são publicados artigos e livros sobre o Agita São Paulo.

O que explicaria, então, uma ascensão tão meteórica do Agita São Paulo a ponto de, ainda tão jovem, ser apontado pela OMS como exemplo de iniciativa no campo da promoção da atividade física? Para a compreensão dessa trajetória do Agita São Paulo é fundamental que se leve em conta o papel de alguns atores sociais e os condicionantes políticos do fenômeno. Considerando que decisões políticas emergem de complexas combinações de fatores, que incluem tanto características sistemáticas de regimes políticos quanto ‘acidentes da luta pelo poder’ (Immergut, 1998), devemos analisar os interesses de diferentes atores sociais, dimensionados e redimensionados em normas institucionais que são forjadas, por sua vez, nas relações de poder estruturadas no contexto sóciopolítico em que se desenvolveu o Agita São Paulo. Em outras palavras, como fenômeno coletivo, os desdobramentos das ações de atores sociais, direta ou indiretamente ligados ao Agita São Paulo, devem ser analisados, não como simples agregações de comportamentos individuais, mas levando-se em conta as normas institucionais e as mencionadas relações de poder.

Idealizado pelo CELAFISCS e lançado em dezembro de 1996, o Agita São Paulo foi implantado efetivamente em 18 de fevereiro de 1997 (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998), sob os auspícios financeiros da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, convênio-parceria que se mantém até hoje. Com esse aporte financeiro, como vimos algo em torno de US\$ 152,000.00 por ano (Matsudo *et al.*, 2003a), a Secretaria paga “os salários de nove profissionais envolvidos com o programa (seis sêniores e três juniores) e cobre os gastos com materiais promocionais e educativos oferecidos às instituições parceiras em apoio a seus eventos” (OPAS, [2002?b], p.20). Nesses dez anos de parceria institucional, o governo do Estado de São Paulo vem sendo exercido pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)⁷⁶ (Figura 11, letra a).



⁷⁶ Com exceção do período de 2006 a 2007, quando o governo do Estado de São Paulo foi exercido pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).
b

95 96 97 98 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Agita Brasil

Figura 11 – Comparação entre os partidos políticos que governam o Estado de São Paulo e a República Federativa do Brasil desde 1995 e o desenvolvimento dos Programas Agita São Paulo e Agita Brasil, respectivamente.

Em 15 de outubro de 2001, seguindo os mesmos princípios do Agita São Paulo, foi criado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002b) o ‘Programa Nacional de Promoção da Atividade Física’, que ficou mais conhecido como ‘Agita Brasil’. Para sua implementação, o governo valeu-se da consultoria técnica do CELAFISCS, mediante Contrato de Pequenos Serviços nº 01/042, de 9 de março de 2001 do governo federal (Brasil, 2001b). Nessa época, em que o PSDB estava à frente do governo federal desde 1995, faltava para o término do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso 14 meses e meio. Foi exatamente o período que durou o Agita Brasil. Com a eleição de Luis Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), o Agita Brasil é extinto, o que perdura até hoje, abril de 2008⁷⁷ (Figura 11, letra b).

Pelo visto, a simultaneidade entre o governo do PSDB e os programas ‘Agita São Paulo’ e ‘Agita Brasil’ é algo que não pode tratado como mera coincidência, especialmente quando se adota o paradigma do saber indiciário como referência. A análise, no entanto, não deve se limitar à questão meramente político-partidária, mas também considerar os papéis desempenhados por atores sociais, além do contexto sócio-político e econômico da época, fundamentais à difusão do Agita São Paulo no Brasil, América Latina e mundo.

No Brasil, a década de 90 foi palco de um processo gradual de descentralização do poder institucional, resultado das lutas de movimentos populares, de categorias profissionais e de organizações da sociedade civil, que culminou na promulgação da Constituição de 1988. Nela estava prevista a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), construído ao longo de anos com base em princípios caros ao movimento da reforma sanitária: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.

“Pela primeira vez uma política pública se oficializou no país, que buscava, ao menos no seu discurso, a descentralização e a desconcentração em

⁷⁷ Luis Inácio Lula da Silva foi reeleito para um segundo mandato (2007-2010).

proveito de instâncias intermediárias de poder institucional. O controle social do cidadão ficou garantido através de participação em Conselhos (estaduais, municipais) destinados a este fim. A saúde tornou-se a vanguarda das políticas públicas nessa questão” (Luz, 2000, p.302).

Porém, esses avanços em direção à democratização do poder institucional – e, por extensão, na formulação e condução das políticas sociais – foram contemporâneos à intensificação da política econômica neoliberal no Brasil, iniciada no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), eleito pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN), e aprofundada nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso (PSDB) (1995-2002). Iniciado em 2003, o governo de Luis Inácio Lula da Silva (PT) (2003-2010), vem mantendo a mesma política macroeconômica.

Fundada no rígido ajuste fiscal e na tímida expansão interna da produção e do emprego em favor do controle da dívida externa, a política econômica neoliberal se caracteriza por uma aparente descentralização (Luz, 2000). Em outras palavras, em época de conservadorismo fiscal, o Estado neoliberal transfere para suas unidades menores – estados e municípios – funções (e responsabilidades) naquilo que lhe é mais pesado segundo a lógica monetarista: a área social, em especial saúde e educação. Ao mesmo tempo, porém, ele centraliza os recursos necessários ao pleno desempenho dessas áreas. O Estado, ao mesmo tempo em que se encolhe o máximo possível, clama por voluntariados e parcerias da iniciativa privada em atividades concernentes ao setor social, há muito definidas como funções públicas essenciais (Luz, 2000). Trata-se, portanto, de uma falsa descentralização ou uma descentralização sem desconcentração do poder político⁷⁸.

Os resultados da adoção dessa política econômica pelos sucessivos governos brasileiros na década de 90, ainda que possam ser considerados positivos no que tange ao controle da inflação e ao manejo da dívida externa, não se revelaram efetivos na melhoria da justiça social. Ainda que falte consenso quanto à uniformidade dos efeitos da globalização e à incapacidade de os Estados nacionais a eles se oporem, há certa unanimidade quanto a alguns desses efeitos e sua perversidade. Alguns exemplos são o aumento da desigualdade social, da pobreza e das divisões sociais (Marcuse, Kempen, 2000), a acumulação de capital nas economias centrais, a concentração de renda e a desagregação social nas nações periféricas ao sistema, com o conseqüente empobrecimento das camadas médias tradicionais (como pequenos comerciantes,

⁷⁸ Sobre o tema descentralização/centralização e concentração/desconcentração nas políticas de saúde do Estado brasileiro no século XX, ver Luz (2000).

comerciários, profissionais liberais, bancários, funcionários públicos civis e militares) (Luz, 2000). Alguns desses efeitos são reconhecidos até mesmo pela ONU⁷⁹.

É nesse ‘caldo’ econômico-político-institucional que se conforma a Promoção da Saúde no Brasil na década de 90. É nesse mesmo ‘caldo’, porém condimentado pela contemporaneidade do PSDB nos governos federal e do Estado de São Paulo, que nasce o programa Agita São Paulo. A sintonia desse programa com as linhas-mestras da política econômica implementada pelo PSDB já servia de cartão de visitas. O fator decisivo, porém, seria a posição de certos atores sociais em renomadas instituições de saúde (Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Ministério da Saúde, OPAS e OMS) e na estrutura governamental da época, o que funcionou como uma rede política favorável ao surgimento do Agita São Paulo e, mais, à sua propagação para outras regiões do país e do mundo.

Um desses atores foi José da Silva Guedes, que teve participação destacada nesse processo. Secretário da Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2002, foi durante sua gestão que nasceu o Agita São Paulo no Estado e, mais tarde, o Agita Brasil no país. Antes disso, porém, Guedes já havia sido Secretário de Saúde da Cidade de São Paulo na gestão de Mario Covas (1983 a 1985). A partir de 2003, Guedes é citado como representante do Agita Mundo (CELAFISCS, 2003; 2004a; 2005; 2006), uma rede mundial para a promoção da atividade física que tem por objetivo reunir esforços internacionais como forma de partilhar experiências e transformar evidências científicas em ações concretas voltadas para a saúde das populações (CELAFISCS/CDC, [entre 2002 e 2006]).

Luiz Roberto Barradas Barata sucedeu José da Silva Guedes na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. A sintonia entre esses dois atores não é tão recente, já que Barata chefiou seu gabinete na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na gestão do ex-prefeito Mário Covas (1983-1985) e foi seu Secretário Adjunto no governo Covas/Alckmin (1995-2002). Além disso, Barata foi Assessor dos ex-ministros da Saúde, Adib Jatene e José Serra, também no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).⁸⁰

Otávio Azevedo Mercadante foi Secretário Executivo do Ministério da Saúde na gestão de José Serra, tendo-o substituído interinamente, de 5 de março de 2002 a 1º de janeiro de 2003, quando de seu afastamento para concorrer à presidência na eleição de

⁷⁹ Folha Online. Globalização não reduz desigualdade e pobreza no mundo, diz ONU. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u104540.shtml>>. Acesso em: 10 fev. 2007.

⁸⁰ Adib Jatene foi Ministro da Saúde de 1º/01/1995 a 06/11/1996 e José Serra de 31/03/1998 a 20/02/2002.

2002. Além disso, Mercadante organizou um dos capítulos do livro ‘Caminhos da Saúde Pública no Brasil’ publicado em comemoração ao centenário da OPAS, onde não poupa elogios ao Agita São Paulo (vide páginas 120-121). E, Victor Matsudo, é fundador e diretor científico do CELAFISCS, tendo sido seu presidente por vários anos e, como se sabe, é o coordenador geral do Agita São Paulo desde sua criação.

O que há em comum entre esses atores? Todos são médicos e passaram pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Matsudo e Barata como alunos, na década de 70. Mercadante e Guedes como professores, o primeiro de 1968 a 1998; e, o segundo, desde 1965⁸¹. Esse último, inclusive, foi professor⁸² e patrono de Matsudo (CELAFISCS, 2004b). Então, quando, em meados da década de 90, o “**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, Dr. José da Silva Guedes**, solicitou [...] que o CELAFISCS desenvolvesse um programa para todo o estado [grifo no original]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.19; Agita São Paulo, 2006, de 52” a 1’30”), não havia ineditismo na relação entre esses atores. O único ineditismo nesse processo se referia à atuação do CELAFISCS na promoção da atividade física em nível populacional com ênfase na saúde, já que, até aquele momento, esse laboratório havia se dedicado prioritariamente ao estudo da aptidão física e do treinamento desportivo.

Em 1976, o LAFISCS⁸³ valia-se da sociometria para avaliar a seleção brasileira de basquete masculino antes e após o campeonato Sul-Americano⁸⁴. Em 1977, Matsudo apresentava no V Simpósio de Esportes Colegiais o teste de 40 segundos, um método indireto de mensuração da potência anaeróbia total. Em 1981, no Congresso do ACSM, Matsudo apresentava o resultado da aplicação da alometria em escolares de países em desenvolvimento. Trata-se de uma técnica cineantropométrica que permite analisar se o melhor resultado em determinada variável (por exemplo, salto vertical) deve-se a um aumento da força muscular ou da estatura da criança. Em 1983, no III Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, Cavasini e Matsudo apresentavam a validação de uma escala subjetiva de esforço de 0 a 10 pontos, que ficou conhecida como Escala de Percepção Subjetiva de Esforço (PSE), uma alternativa à escala de Borg, pontuada de 6 a 20. Em 1987, Matsudo, Rivet e Pereira publicavam no *Journal of Sports Sciences* a

⁸¹ Informações obtidas nos *curricula* Lattes de Matsudo, Guedes e Mercadante. No caso de Barata, em <<http://www.saude.sp.gov.br/portal/ff988850c89b06a7018622f380c865e0.htm>>. Acesso em: 22 jan 2007.

⁸² Informação obtida em: <<http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2278&bd=1&pg=2&lg=>>>. Acesso em 13 fev. 2007.

⁸³ Antes de 30 de março de 1981, o CELAFISCS chamava-se LAFISCS (Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul).

⁸⁴ Informação obtida em: <www.celafiscs.org.br>. Acesso em: 14 fev. 2007.

Estratégia Z CELAFISCS, proposta de detecção de talentos que se baseia no cálculo estatístico conhecido como Índice Z. Em 1991, Matsudo e Matsudo publicavam na Revista Brasileira de Ciência e Movimento e, em 1994, no *American Journal of Human Biology* uma proposta de auto-avaliação da maturação sexual, mediante o uso da técnica projetiva com as pranchas das características sexuais secundárias baseadas nas pranchas de Tanner, apresentando valores significativos de validade, reprodutibilidade e objetividade. Em 1993, o CELAFISCS criava um teste específico para mensurar a agilidade de futebolistas (CELAFISCS, 2004b).

Depois da criação do Agita São Paulo, em 1996-1997, a aptidão física, o desporto e a seleção de talentos deixam de ser o centro das atenções do CELAFISCS. Sua produção científica passa a voltar-se para a prática da atividade física na perspectiva da saúde em grandes contingentes populacionais. Em 1998, por exemplo, o CELAFISCS é convidado a participar, como centro cooperante da América Latina, do projeto de validação do ‘Questionário Internacional de Atividade Física’ que tem como objetivo determinar o nível de atividade física nas populações (CELAFISCS, 2004b).

Essa guinada do CELAFISCS também pode ser constatada observando-se os artigos científicos publicados em periódicos brasileiros nos quais são primeiros autores dois de seus mais eminentes integrantes: Victor e Sandra Matsudo. Basta correr os olhos pela lista de artigos publicados por esses autores⁸⁵ e reparar que a partir de meados da década de 90, temas como ‘atividade física’ e ‘saúde’ passam a preponderar em detrimento de ‘exercício físico’, ‘esporte’ e ‘aptidão física’. E é exatamente em 1995 que o CELAFISCS começa a voltar-se para a promoção da atividade física nas populações tomando a saúde como mote principal (Matsudo, Matsudo, 2005; Matsudo *et al.*, 2002a).

Esse novo foco do CELAFISCS coincide com a mudança nas orientações gerais sobre a prática de exercícios/atividades físicas na perspectiva da saúde. No final da década de 70, ‘exercícios físicos envolvendo grandes grupamentos musculares, praticados continuamente de 15 a 60 minutos, de 3 a 5 vezes por semana e em intensidades entre 50% e 85% do consumo máximo de oxigênio (ou entre 60% e 90% da frequência cardíaca máxima de reserva)’ era a recomendação do ACSM para o desenvolvimento e manutenção da aptidão física em adultos saudáveis (ACSM, 1978). Naquela época, a preocupação estava no aprimoramento da aptidão física,

⁸⁵ Uma listagem desses artigos pode ser encontrada em Ferreira Neto (2002). Trata-se de um catálogo que reúne os artigos publicados em trinta e seis periódicos da área de Educação Física e Ciências do Esporte no período de 1930 a 2000.

especialmente da resistência aeróbia, como forma de melhoria da ‘saúde cardiovascular’, o que exigia adaptações fisiológicas só possíveis com a prática de exercícios em intensidades mais elevadas.

Ao longo da década de 80, porém, a ênfase no exercício desloca-se paulatinamente para a atividade física, chegando-se à recomendação para que se acumulem “30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada na maioria dos dias da semana, de preferência em todos” (Pate *et al.*, 1995, p.404). A idéia é a incorporação da atividade física às tarefas do cotidiano como forma de melhoria da saúde. Os estudos que sustentam essa nova recomendação apontam, entre outras coisas, para uma (a) associação inversa do gasto calórico e do tempo total de atividade física com a mortalidade e a incidência de doenças cardiovasculares; e para (b) a possibilidade de atividades físicas moderadas praticadas intermitentemente produzirem efeitos benéficos tanto na aptidão física quanto na saúde (Pate *et al.*, 1995). Esses achados, então, servem de base para que a construção de hábitos de vida ativa passe a ser uma das estratégias prioritárias no campo da saúde pública.

Segundo Fraga (2006), o conceito de vida ativa é inicialmente formulado em 1988, no I Congresso de Toronto, como resultado das conexões entre atividade física e os princípios da Promoção da Saúde delineados na Carta de Ottawa. Sem dúvida, a noção de estilo de vida ativa foi um dos principais temas tratados naquele congresso, com direito a ocupar a lista de definições, preparada por expertos, que circulou entre os palestrantes antes do Congresso propriamente dito, a fim de uniformizar as discussões e o enunciado do consenso, objetivo maior do evento (Bouchard *et al.*, 1990a). A idéia, no entanto, não era totalmente nova. Já vinha sendo discutida antes, tanto nos primeiros textos de Charles Corbin (Corbin, Laurie, 1978; Corbin, Fox, 1985; Corbin, Fox, Whitehead, 1987), sem dúvida o autor mais importante na formulação e disseminação do movimento da ‘Aptidão Física Relacionada à Saúde’, quanto em congressos da década de 80.

O *Public Health Reports*, por exemplo, periódico publicado pelo Serviço de Saúde Pública dos EUA, já havia dedicado, em 1985, um número sobre ‘Aspectos da Atividade Física e do Exercício relacionados à Saúde Pública’, que reuniu os textos apresentados no seminário sobre o tema promovido pelo CDC, nos dias 24 e 25 de setembro de 1984. Tomando por base os possíveis benefícios fisiológicos da prática da atividade física, uma das recomendações apontadas no seminário foi a necessidade de a maioria da população adotar estilos de vida fisicamente mais ativa (Mason, Powell, 1985):

“[...] [um] modesto aumento no nível de atividade física praticado por indivíduos sedentários melhorará a saúde geral da nossa sociedade de maneira mais acentuada do que um aumento no nível de atividade física dos que já são fisicamente ativos. O objetivo é fazer com que todos sejam ativos. Maratonas não são para todos, mas andar no quarteirão provavelmente sim” (Mason, Powell, 1985, p.115).

Vê-se, portanto, que a adoção de uma vida ativa como meio de melhoria da saúde já era preconizada antes mesmo da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ademais, nos anais do congresso de Toronto de 1988 (Bouchard *et al.*, 1990b) – que reúnem textos de mais de sessenta estudiosos do tema – não há alusão direta (ou mesmo indireta) aos princípios da Promoção da Saúde formulados na Carta de Ottawa, assim como ficou conhecido o documento final da ‘I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde’. Nas seções e capítulos desses anais prevalecem os textos sobre os condicionantes biológicos da prática de atividades físicas.

Entendo que as teses defendidas nesse Congresso, assim como em outros eventos semelhantes realizados nos anos 80 e 90, refletiam um processo de mudança marcado pelo deslocamento (a) da ênfase do exercício para a atividade física, como um dos conceitos estruturantes da noção de estilo de vida ativa; (b) da aptidão física para a saúde, como mote principal na defesa de estilos de vida ativa; e (c) do consumo máximo de oxigênio (e da frequência cardíaca) para o gasto energético, como indicador do perfil do sedentarismo populacional. A distinção entre atividade física e exercício, por exemplo, amplamente apontada como fundamento do ‘paradigma’ da vida ativa, já vinha sendo assinalada desde 1985 (Caspersen, Powell, Christenson, 1985). A propósito, as definições de ‘atividade física’ e de ‘exercício’ formuladas por esses autores, em 1985, são adotadas, em 1995, no texto da recomendação dos 30 minutos diários de atividade física (Pate *et al.*, 1995).

Isso não quer dizer que os ventos emanados da Carta de Ottawa não possam ter influenciado a realização de congressos subsequentes, especialmente o II Congresso de Toronto (1992). Nesse congresso, sim, houve um maior equilíbrio entre os textos sobre os fatores determinantes da prática da atividade física e um inquestionável predomínio das discussões sobre o conceito de vida ativa. Não obstante, é difícil afirmar que o debate ali travado tenha tido como pano de fundo o ideário da Promoção da Saúde, ao menos na perspectiva da Conferência de Ottawa. A Promoção da Saúde é citada de passagem em alguns textos (McPherson, 1994), enquanto que o *empowerment* é

abordado em outros (Labonte, 1994b; Lord, 1994), mas sem conexões mais consistentes com esse ideário.

Entendo que a emergência do conceito de estilo de vida ativa está muito mais ligada à perspectiva de Promoção da Saúde forjada no Informe Lalonde e no ‘*Healthy People 1979*’. A mudança de comportamentos como forma de evitação de riscos, cerne da noção de estilo de vida, é idéia que emerge fortemente no campo da saúde com a publicação desses documentos. E é exatamente essa a tônica dos textos do II Congresso de Toronto (1992) e de suas breves e superficiais referências à Promoção da Saúde. O mesmo pode-se dizer do painel de expertos patrocinado pelo CDC e ACSM que deu origem à recomendação dos 30 minutos diários (Pate *et al.*, 1995), que rodou o mundo como mensagem-chave de tantos programas de promoção da atividade física, entre eles o Agita São Paulo. Sustentando-se em documentos como o ‘*Healthy People 2000*’ (Pate *et al.*, 1995), a recomendação visa

“encorajar maiores níveis de atividade física entre americanos de todas as idades, lançando uma recomendação de saúde pública sobre os tipos e quantidade de atividade física necessária para a **promoção da saúde** e a prevenção da doença [grifo meu]” (Pate *et al.*, 1995, p.402).

A meu ver, é dessa forma que o CELAFISCS inicialmente se aproxima da Promoção da Saúde: como expressão citada no objetivo da recomendação do CDC que, por sua vez, é adotada como referência para as estratégias de promoção da atividade física do Agita São Paulo. Além da distinção entre ‘promoção da saúde’ e ‘prevenção de doenças’, que à época da divulgação do ‘*Healthy People 1979*’ já fôra motivo de confusão para a compreensão da noção de Promoção da Saúde, fica evidente na recomendação do CDC a estreita vinculação da noção de vida ativa com a perspectiva comportamentalista de Promoção da Saúde, que se constrói inicialmente com o Informe Lalonde e o ‘*Healthy People 1979*’ e, na seqüência, com outros documentos e informes de mesma linhagem (Burns, 1996; CDC, 2001; Blair, Morrow, 1998). O Agita São Paulo, portanto, nasce marcado pela perspectiva comportamentalista da Promoção da Saúde, já que as recomendações do CDC e do ACSM (Pate *et al.*, 1995) foram elaboradas com base, entre outros documentos, no relatório ‘*Healthy People 2000*’. Lançado em 1990, esse relatório, assim como o ‘*Healthy People 1979*’, orienta a agenda nacional de Promoção da Saúde dos EUA (CDC, 2001).

Porém, o meteórico reconhecimento do Agita São Paulo pela OMS como iniciativa de Promoção da Saúde o colocava, ao menos em teoria, em sintonia com a

‘Nova Promoção da Saúde’, abordagem tomada por essa agência internacional como referência para suas ações e políticas de saúde no mundo. É o que se deduz quando no filme (enfim, voltamos a ele!), e em vários outros lugares, o Agita São Paulo é apresentado como “modelo de política pública para a promoção da saúde e bem-estar social” (Agita São Paulo, 2006, de 9’09” a 9’35”). De fato, esse é o sentido da mensagem. No entanto, são muitos os indícios que colocam o Agita São Paulo à margem da perspectiva socioambiental, socioecológica ou, como é mais conhecida, ‘Nova Promoção da Saúde’.

Com efeito, nas primeiras publicações do Agita São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; [entre 1997 e 2002]), além de não haver citações bibliográficas que remetam à perspectiva da ‘Nova Promoção da Saúde’, a expressão ‘promoção da saúde’ aparece num contexto em que prevalece a ênfase nos estilos de vida e no risco epidemiológico. Em ambas as publicações (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; [entre 1997 e 2002]), os fatores de risco para morte e para certas doenças (cardiopatas, acidente vascular cerebral, câncer) são apresentados e distribuídos nas categorias ‘estilo de vida’, ‘ambiental’, ‘assistência médica’ e ‘biológico’. Algo familiar nessas categorias? Sim, o ‘campo da saúde’, conceito amplamente divulgado pelo Informe Lalonde que, como vimos no Capítulo I, marcou o surgimento da expressão Promoção da Saúde ligando-a às noções de estilo de vida e risco epidemiológico. Embora naquelas publicações do Agita São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; [entre 1997 e 2002]) a referência citada seja o texto de Haskell (1988)⁸⁶, esse autor, sem dúvida, bebe na fonte do conceito de ‘campo da saúde’ e, por conseguinte, do Informe Lalonde. Isso reitera o que disse acima. O Agita São Paulo, programa visceralmente dependente da disseminação da mensagem da vida ativa como forma de melhoria da saúde populacional, nasce vinculado à perspectiva comportamentalista de Promoção da Saúde.

Além disso, o Agita São Paulo nasce no berço da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que não adota nenhuma política estadual de Promoção da Saúde ou documento unificador que sirva de base para ações desse tipo. Apesar disso, muitos de seus programas são citados como exemplos de iniciativas de Promoção da Saúde, entre eles o Agita São Paulo que, a meu ver, pega carona com a projeção obtida com seu reconhecimento pela OMS. Essas iniciativas, porém, procedem de setores e órgãos da

⁸⁶ Haskell, W. Physical Activity and the diseases of technologically advanced society. In: The American Academy of Physical Education Paper. *Physical Activity in Early and Modern Populations*. 21. p.73-87, 1988.

Secretaria cujos profissionais levam em conta a Promoção da Saúde quando elaboram suas ações⁸⁷. Ou seja, as ações são fruto muito mais de iniciativas isoladas de grupos e/ou profissionais do que de uma política da Secretaria de Estado da Saúde.

O mesmo, porém, não se pode dizer em relação à esfera federal. Desde 1998, o Ministério da Saúde vem se empenhando em adotar a Promoção da Saúde como referência para ações em âmbito nacional, o que se concretiza em março de 2006 (processo, portanto, que atravessa diferentes governos) com a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006). Na verdade, na esteira desse esforço do Ministério da Saúde de tomar a Promoção da Saúde como referência para suas políticas, o CELAFISCS (e, por extensão, o Agita São Paulo) é, mais uma vez, chamado a se aproximar da ‘Nova Promoção da Saúde’. Isso porque, em 2001, nasce o Agita Brasil. Versão nacional do Agita São Paulo, esse programa teve a assessoria técnica do CELAFISCS, oficializada por meio do Projeto BRA/98/006 de Promoção da Saúde. No processo de operacionalização do Agita Brasil, estava prevista a realização de 30 oficinas (pelo menos uma em cada Unidade Federada, destinadas a sensibilizar, capacitar e formar multiplicadores), que deveriam ser conduzidas por, no mínimo, um técnico do projeto de Promoção da Saúde e um do CELAFISCS (Brasil, 2001b). Nesse momento, não por afinidade de princípios, o CELAFISCS era, mais uma vez, levado a conhecer e a tratar da Promoção da Saúde na perspectiva da Carta de Ottawa, que o governo federal da época tencionava adotar como referência para suas ações e políticas no campo da saúde. Em outras palavras, a associação do Agita São Paulo/Brasil à perspectiva da ‘Nova Promoção da Saúde’ é, a meu ver, mais oportunista⁸⁸ que intencional (isso, apesar da participação de Matsudo na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Jakarta). Como resultado, começam a aparecer no discurso do Agita São Paulo expressões que remetem à perspectiva da ‘Nova Promoção da Saúde, mas que pouco, nada ou mal expressam o significado tomado por esse ideário, seja por desconhecimento ou mesmo pelo uso fora do contexto.

Empowerment, por exemplo, é tomado como uma forma de parceria instituída na disseminação das ações e do conceito central do Agita São Paulo para todos os programas parceiros, sem que cada um deles tenha que criar um programa e uma nova agenda. Uma forma de unificar e fortalecer a bandeira em torno de uma causa,

⁸⁷ Informações obtidas por e-mail, em 1º de fevereiro de 2007, com Mônica Cecilio, integrante da Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

⁸⁸ Adjetivo aqui empregado sem nenhuma conotação pejorativa, mas para expressar a idéia de ‘que ou quem aproveita as oportunidades’.

“respeitando os valores e tradições de cada instituição” (Matsudo, Matsudo, 2006, p.53; Matsudo *et al.*, 2002a). Na prática, porém, trata-se de uma forma eficiente de levar adiante a lógica do programa Agita São Paulo. Se isso pode ser considerado *empowerment*, então alinha-se à abordagem mais conservadora, já que, na prática, promove um ‘empoderamento’ do Agita São Paulo em relação aos demais programas que a ele se vinculam. Portanto, a relação que predomina é a de ‘poder sobre’.

Outro bom exemplo pode ser extraído da apresentação intitulada ‘Promoção da Atividade Física: de um programa local a uma proposta global’, feita por Victor Matsudo em uma das mesas-redondas do ‘XXIX Simpósio Internacional de Ciências do Esporte’, realizado em outubro de 2006:

“E agora nós ‘tamos’ chegando ao poder do indivíduo e de grupos. E acho que tem muito a ver com essa cara do Simpósio [palavra incompreensível] **esse negócio de então emponderar** [sic.] **pessoas e grupos** e acho que foi isso muito do trabalho do nosso... do CELAFISCS nesses anos com a ajuda de todos vocês ou boa parte de vocês que estão no auditório” (Matsudo, 2006, de 11’32” a 11’49”). [...]

“Se nós tivermos possibilidade de [pequeno trecho incompreensível], mas se você puder fazer algo sem instrumentalização, **você tá emponderando** (sic.) **pessoas e até cachorros**” [grifo meu] (Matsudo, 2006, de 12’23” a 12’33”).

Ilustrando a parte final da fala de Matsudo (de 12’23” a 12’33”), via-se, no lado esquerdo do *slide*, uma mulher realizando exercício físico numa academia (sob o título ‘Fitness’) e, no direito, uma mulher caminhando com seu cachorro (sob o título ‘Atividade Física’).

Surpreendente o potencial revelador dos detalhes, proposição central do saber indiciário. A análise da breve e despretensiosa alusão ao *empowerment* feita por Matsudo revela sua vacilação ao abordar o tema e sua adesão à versão mais conservadora do conceito. O poder de indivíduos e grupos, que se manifestaria na capacidade de praticar atividades físicas sem a dependência de aparelhos ou equipamentos para tal, é visto como algo que é concedido por outrem: “[...] se você puder fazer algo sem instrumentalização, **você tá emponderando** [sic.] **pessoas e até cachorros** [grifo meu] (Matsudo, 2006, de 12’23” a 12’33”). No fim, porém, uma última questão persiste: o que seria ‘empoderar’ cachorros?!... Confusão e imprecisão conceituais marcam, de fato, a tentativa de aproximação do CELAFISCS/Agita São Paulo ao ideário da ‘Nova Promoção da Saúde’. Rapidamente, então, retornemos ao nosso fio condutor: o filme ‘Agita São Paulo’.

Logo após destacar o reconhecimento do Agita São Paulo pela OMS, segue o narrador: “O primeiro obstáculo a ser vencido foi o da comunicação: criar uma linguagem capaz de sensibilizar o cidadão para a necessidade da prática de atividades físicas, no mínimo, 30 minutos por dia” (Agita São Paulo, 2006, de 2’04” a 2’40”). A comunicação, de fato, desempenha papel essencial nas estratégias do programa Agita São Paulo. Cabe a ela a tarefa de apresentar a atividade física como algo *necessário* à saúde. Desse modo, sedentarismo e culpa passam a caminhar lado a lado.

Segundo Fraga (2006), o Agita São Paulo serviu de modelo de inspiração para o Dia Mundial da Saúde e para outras iniciativas da OMS devido à sua capacidade de mobilização, versatilidade midiática e habilidade persuasiva na difusão da mensagem da vida ativa e à sua situação em um país em desenvolvimento. Aceito que a emergência, difusão e longevidade do Agita São Paulo devam-se “ao aumento da circulação de sua mensagem nos meios de comunicação e ao aumento do conhecimento geral acerca de sua existência” (Fraga, 2006, p.13). De fato, a existência do programa está fortemente ancorada em sua inserção midiática. Não é à toa que vários artigos publicados por membros do CELAFISCS (Matsudo *et al.*, 2006b; Matsudo *et al.*, 2003b; Matsudo *et al.*, 2002a; 2002b; Ribeiro *et al.*, 2001; Figueira Júnior, 2000) destacam estimativas acerca da audiência da mensagem dos 30 minutos e/ou do conhecimento do programa Agita São Paulo em diferentes espaços. Além disso, vale assinalar que um dos principais objetivos dos programas Agita é divulgar e aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativo (Brasil, 2001b; Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998). Na mesma linha de raciocínio, entre os critérios de avaliação de impacto do programa está a análise da incorporação desse conhecimento por parte da população (Brasil, 2001b; Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998). De fato, no final do filme, a estimativa “em torno de 24 milhões de pessoas atingidas pela mensagem” (Agita São Paulo, 2006, de 10’04” a 10’44”) é apresentada como índice de impacto do programa. Como muito bem observa Fraga (2006), para o Agita São Paulo, sedentário não é apenas quem não pratica atividade física regularmente, mas também quem está em falta com o exercício da informação.

Todas essas condições foram, sem dúvida, importantes e necessárias à difusão do Agita São Paulo pelo mundo, mas talvez não suficientes, não fossem o embate político travado entre a OMS e o Banco Mundial pela proeminência e vanguarda nos debates sobre as políticas de saúde no cenário internacional no final da década de 90 (Mattos, 2001), fato também sinalizado por Fraga (2006), mas, sobretudo, a

conformação da rede de atores sociais citada anteriormente. O que pretendo mostrar, na verdade, é que aliado ao contexto político da época, extremamente favorável a iniciativas neoliberais, havia toda uma rede de atores sociais em nível estadual e federal que foi fundamental para o surgimento e propagação do Agita São Paulo. Sem ela, o Agita São Paulo talvez não tivesse surgido e se difundido com tamanha velocidade.

Em solo brasileiro, sobressaem-se Matsudo, Guedes, Mercadante e Barata. Creio ter apresentados indícios razoavelmente consistentes da participação desses atores no surgimento e propagação meteórica do Agita São Paulo. Suponho que ainda haja outros atores sociais que, de alguma forma, contribuíram para a disseminação do Agita São Paulo, principalmente no plano internacional. Isso é o que dizem meu faro, golpe de vista e intuição, elementos imponderáveis, mas indispensáveis ao método indiciário. Embora não tenha avançado na averiguação dessas minhas suposições (não por falta de motivação, mas sobretudo por falta de tempo para empreender investigação de tal envergadura, além do receio de me afastar demais dos objetivos do estudo), deixo aqui algumas dessas pistas.

Antes do lançamento do Agita São Paulo, em dezembro de 1996, “foram dois anos de preparação que incluiu assessoria da OPAS, do CDC dos Estados Unidos, Health Education Authority da Inglaterra e do Institute for Aerobic Research de Dallas” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.8). Nessa época, dois brasileiros ocupavam cargos importantes em organizações estratégicas para os desejos expansionistas do Agita São Paulo. Carlyle Guerra de Macedo foi o primeiro brasileiro a ocupar o cargo de Diretor Geral da OPAS, exercido de 1983 a 1995 (OPAS/OMS, 2002). João Yunes, falecido em 26 de setembro de 2002, exerceu cargos de direção em várias organizações do campo da saúde e teve trajetória profissional fortemente radicada em São Paulo (Figura 12, letra a). Numa foto tirada no lançamento do Dia Mundial da Saúde, em São Paulo (Figura 12, letra b), João Yunes aparece ao lado da Diretora Geral da OMS, Gro Brundtland, e do representante da OPAS/OMS no Brasil, Jacobo Finkelman. Na ocasião, Yunes era o representante do Brasil no Conselho Executivo da OMS⁸⁹. Reparem que os três literalmente vestem a camisa do Agita São Paulo.

⁸⁹ Quando finalizava a redação desta tese, descobri que foi João Yunes quem levou para a Assembléia Mundial da OMS a proposta de criação do Agita Mundo – *Move for Health* (Bastos, Kersul, 2006), o que significa que minha suposição era procedente.

PERÍODO	CARGO
1976 a 1978	Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde
1983 a 1987	Secretário de Estado da Saúde durante o Governo de André Franco Montoro
1987 a 1989	Representante da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) em Cuba
1989 a 1997	Coordenador do Programa de Saúde Materno-Infantil e da Família e Diretor da Divisão de Promoção de Saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em Washington
1997 a 1998	Diretor Interino do Centro Latino-Americano e do Caribe em Informações de Ciências da Saúde (BIREME) da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)
1998 a 2000	Secretário Nacional de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde
2000 a 2002	Representante do Brasil junto ao Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde

a



b

Figura 12 – (a) Trajetória Profissional de João Yunes (Fonte: Laurenti, Aldrighi, 2002); (b) João Yunes, Gro Brundtland e Jacobo Finkelman no lançamento do Dia Mundial da Saúde em São Paulo (Fonte: OPAS/OMS, 2002).

Também chamou minha atenção a presença de outra brasileira nas sessões da Conferência de Jakarta, ao lado de Matsudo. Márcia Westphal, professora da USP e estudiosa da Promoção da Saúde, foi relatora de uma das sessões do simpósio sobre a saúde da mulher (WHO, 1997a). Mas a proximidade de Westphal com o Agita São Paulo não se resumiria a essa participação na Conferência de Jakarta. Em novembro de 2005, foi publicado Relatório do Banco Mundial sobre o quadro das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil, com o objetivo de fornecer “informações para os formuladores de políticas nos níveis federal, estadual e municipal, nas áreas de saúde, finanças, infra-estrutura, transportes, planejamento urbano e outras áreas” (World Bank, 2005, p.i). Numa análise essencialmente econométrica, o Relatório apontou o Agita São Paulo como

“[...] um excelente investimento em saúde pública. Ele é econômico e é considerado uma ótima ‘compra’ em termos de custo-efetividade (custo por DALY economizada). Atividades similares ao Agita que já foram iniciadas em outros estados também têm possibilidades de serem custo-efetivas. Tendo em vista esses resultados, estados e municípios que não possuem intervenções de atividade física deveriam considerar o início de programas similares” (World Bank, 2005, p.33).

Citando a história de sucesso do programa na prevenção de doenças não-transmissíveis, inclusive em nível internacional, o Relatório recomenda “a ampliação do Agita São Paulo para o nível nacional [...]” (World Bank, 2005, p.64). Ora, difícil admitir a produção de tal relatório sem a participação de profissionais e pesquisadores brasileiros. Ao investigar esses indícios, quem encontrei como uma das autoras dos documentos base usados para a produção do referido relatório? Marcia Westphal. A meu ver, portanto, não há como desconsiderar a possibilidade de a propagação da

‘marca’ Agita São Paulo pelo Brasil e pelo mundo ter sido facilitada pela existência de uma rede de atores sociais, integrada, senão por todos, por boa parte das pessoas citadas até aqui. Algo que caberia ser investigado mais a fundo.

Bem, mas voltemos ao filme que, afinal de contas, é o eixo condutor desta análise. Retomando sua seqüência, vêem-se pessoas caminhando, enquanto ouve-se Victor Matsudo afirmar:

“E existe uma fórmula básica que se sabe de toda ciência acumulada que basta pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, se possível todos, e no mínimo cinco, para que nós consigamos corrigir todos esses problemas, preveni-los e algumas vezes tratá-los também. Então nós queremos lembrar que atividade física não é necessariamente você sair correndo, e sim qualquer movimento que você faça e que tenha um gasto energético acima do repouso. Nós, do Agita São Paulo, queremos que você dê sentido pros 30 minutos pelo menos que você faça. E quando a gente fala em sentido é pra que não pense só em mexer mecanicamente. Pense no objetivo; dê uma alegria; pense que você está construindo saúde; pense que é um momento pra você refletir, pra meditar, pra ter um amigo ao lado, pra assobiar, pra escutar o passarinho; enfim, associe qualidade nesses 30 minutos” (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”).

Com essa fala, Matsudo defende, entre outras coisas, que os 30 minutos de atividade física sejam praticados com prazer, alegria e descontração. No entanto, nem ele mesmo parece acreditar nessa possibilidade. Pelo menos foi o que identifiquei ao analisar sua fala. Logo na primeira parte do texto, Matsudo afirma a existência de uma “fórmula” (30 minutos de atividade física) capaz de corrigir, prevenir e tratar “todos esses problemas”. Mas que problemas seriam esses? Como não há imagem ou texto exibidos próximos à fala [de Victor Matsudo] (2’43” a 3’43”) que discrimine “esses problemas”, eles só podem ser as mortes por “doenças cardiovasculares” apontadas no início do filme (9” a 23”). Então, pela relação de equivalência, depreende-se que a expressão “esses problemas” está para “mortes por doenças cardiovasculares”, assim como o termo “fórmula” está para “receita simples e barata”, que também aparece no início do filme (9” a 23”) (Quadro 1).

Quadro 1 - Equivalência entre os termos ‘fórmula’ e ‘receita’, ‘problemas’ e ‘mortes’ no contexto do filme ‘Agita São Paulo’.

TRANSCRIÇÃO LITERAL	ANÁLISE SINTÁTICA/SEMÂNTICA
“Só no Brasil trezentas mil pessoas morrem por ano devido a doenças cardiovasculares. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas com uma receita simples e barata” (9” a 23”).	Há uma RECEITA simples e barata para MORTES por doenças cardiovasculares, ou seja, RECEITA → evita → MORTES

“E existe uma fórmula básica que se sabe de toda ciência acumulada que basta pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, se possível todos, e no mínimo cinco, para que nós consigamos corrigir todos esses problemas, preveni-los e algumas vezes tratá-los também” (2’43” a 3’43”).

Há uma **FÓRMULA** para corrigir, prevenir e tratar todos esses **PROBLEMAS**,

ou seja,

FÓRMULA → evita → **PROBLEMAS**

↓

então,

FÓRMULA ≡ **RECEITA** e **MORTES** ≡ **PROBLEMAS**

Ora, como toda ‘receita’ implica uma rotina, ou seja, o “hábito de fazer algo sempre do mesmo modo” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p. 2477), então a atividade física, ingrediente dessa receita, assume a conotação de prática mecânica. A meu ver, esse argumento é reforçado na sequência do texto, quando Victor Matsudo faz o seguinte chamamento: “Nós, do Agita São Paulo, queremos que você **dê sentido** pros 30 minutos pelo menos que você faça. E quando a gente fala em sentido é pra que não pense **só** em mexer mecanicamente [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”). Olhando de perto, percebe-se que o uso do advérbio ‘só’, na segunda frase, admite a possibilidade de que o movimento seja realizado mecanicamente. Para evitar isso, porém, Matsudo pede que se “**dê sentido** aos 30 minutos [grifo meu]” de atividade física. Mas, isso seria possível? De novo, a análise sintática e semântica do texto é por demais esclarecedora. Ora, se o verbo ‘dar’ denota a cessão de algo a alguém (basta lembrar a discussão sobre *empowerment* no capítulo II), creio não ser exagero supor a falta de sentido nos 30 minutos de atividade física, tal qual advogada pelo Agita São Paulo, e, portanto, seu caráter de prática mecânica. O trecho abaixo é bastante esclarecedor:

“Programe-se para a mudança: (1) leia alguma coisa sobre os benefícios da atividade física; (2) identifique 5 vantagens de ser fisicamente ativo; (3) identifique 5 desvantagens de ser sedentário; (4) **repita todos os dias de manhã e à noite (enquanto escova os dentes) afirmações como estas: - eu vou curtir/desfrutar sendo mais ativo; - eu vou ser mais saudável; - eu vou me sentir melhor; - eu vou ter uma aparência melhor; - eu vou permanecer independente;** (5) identifique os locais e horários em que você pode ser mais ativo em casa, no trabalho e no tempo livre e tente conseguir uma boa companhia; (6) **mostre seu programa para alguém e peça que ele cobre de você [grifos meus]**” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [entre 1997 e 2002], p.17).

Ora, se não há desvantagens em ser fisicamente ativo, nem vantagens em ser sedentário (reparem nos itens 2 e 3), por que tantos estímulos condicionantes, no melhor estilo comportamentalista, para se adotar um comportamento fisicamente ativo? Onde está o direito de a pessoa não praticar atividades físicas? O Agita São Paulo impõe a prática da atividade física a qualquer custo e tão autoritariamente que lhe destitui seu caráter hedonístico, tornando-a um dever, e não um direito. Desse jeito, nem implorando às pessoas para dar sentido à atividade física...

Além disso, o pedido insistente para que se dê sentido aos 30 minutos esconde, a meu ver, outra faceta. No fundo, admite-se o descolamento entre a produção do sentido e a prática em si da atividade física. No entanto, assim como não se pode pensar sem se recorrer a palavras, assim como não se pode revestir significados com linguagem (Eagleton, 1994), já que são por ela produzidos simultânea e reciprocamente, também não se pode separar o sentido da experiência propriamente dita. Trata-se, portanto, de algo impossível, mas que soa palatável aos incautos diante dos crescentes apelos contemporâneos em favor do autocontrole e do autogoverno. Por trás desses apelos está a ênfase no indivíduo como grande responsável por sua condição de vida, em outras palavras, está o fenômeno da culpabilização da vítima.

A dissociação entre a produção de sentido e a experiência em si permanece no trecho final daquele parágrafo: “**dê uma alegria**; [...] **associe qualidade** nesses 30 minutos [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”). A diferença é o recheio de causalidade entre atividade física e saúde – “**pense que você está construindo saúde**” [grifo meu] – e de romantização do contexto social – “pense que é um momento pra você refletir, pra meditar, pra ter um amigo ao lado, pra assobiar, pra escutar o passarinho” (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”). Tudo isso permeado pelo tom impositivo da recomendação, já que os verbos são empregados no modo imperativo.

Há ainda outro aspecto na fala de Victor Matsudo (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”) que merece ser destacado. Logo no início, Matsudo apóia-se na ciência para justificar a recomendação dos 30 minutos de atividade física: “[e] existe uma fórmula básica que se sabe de toda ciência acumulada que basta pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, se possível todos, e no mínimo cinco, para que nós consigamos corrigir todos esses problemas, preveni-los e algumas vezes tratá-los também” (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”). Ou seja, a “fórmula” (ou “receita simples e barata”) contra as doenças do coração é ditada pela ciência. De fato, representada por especialistas em todas as áreas do saber, a ciência vem sendo exaustivamente usada para justificar recomendações e prescrições

comportamentais destinadas à melhoria da saúde. Quem nunca viu propagandas com médicos receitando medicamentos, nutricionistas orientando o consumo de certos alimentos, e assim por diante? Sob o manto da neutralidade, a ciência moderna de inspiração galileana confere estatuto de independência e de imparcialidade a seus achados, atores e entidades.

O CELAFISCS parece não fugir a essa regra e, em certos momentos, chega mesmo a destacá-la: “Centros de pesquisa normalmente não conduzem programas de intervenção; por isso é de interesse ressaltar que o **Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)** é uma instituição científica independente, sem fins lucrativos [...] [grifo no original]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.18). O que se pode depreender dessa afirmação? Além do pioneirismo do CELAFISCS ao conduzir um programa de intervenção, seu conteúdo pode ser lido de duas formas que, todavia, não se excluem: a ciência é neutra e o CELAFISCS, entidade científica, é politicamente independente.

Ora, se o cientista produz conhecimentos em uma dada sociedade, fica difícil admitir tal neutralidade, já que possui valores, gradual e intensamente forjados ao longo de sua existência social, histórica, política e cultural. Assim, a ciência, prática humana que é (nunca é demais lembrar), não pode estar totalmente isenta de emoções e valores. Em maior ou menor grau, eles estarão presentes da seleção do objeto e do problema de investigação à interpretação de seus resultados, passando ainda pela definição do método, dos destinatários e da forma de financiamento da pesquisa. Não obstante, cabe ao pesquisador o contínuo e perseverante escrutínio desses valores nas diferentes etapas do processo investigativo (Tesh, 1990). A reivindicação da neutralidade, portanto, já expressaria uma escolha: a do poder hegemônico⁹⁰. Embora possa não parecer, a idéia de neutralidade [da ciência] caminha de braços dados com o argumento da independência política. Ainda que não perceba, o proponente da neutralidade, noção parceira da imparcialidade e da isenção, tende a se colocar acima da política e dos conflitos de interesses. Por conseguinte, a mensagem que advoga adquire certa imunidade às diferenças. A ilusão, mais uma vez, bate à porta. Pelos mesmos motivos porque a ciência não é neutra, é uma incongruência admitir a independência política de uma entidade.

⁹⁰ Hegemonia aqui entendida como a capacidade dos que detêm o poder de impor aos demais as regras e as medidas que melhor atendem aos seus interesses particulares, como se elas também atendessem aos interesses de todos os demais (Mattos, 2001).

O CELAFISCS nasce em 1974 com o apoio da Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul, na gestão de Hermógenes Walter Braidó (1973-1977), e, particularmente, da Comissão Municipal de Esportes, presidida por João Paschoal Bonaparte (CELAFISCS, 2004b). Em 1977, essa parceria sofre um revés com a demissão de contratados e a idéia de extinção da Comissão Municipal de Esportes (CELAFISCS, 2004b), ao que tudo indica, reflexos das mudanças ocorridas com a assunção de Raimundo da Cunha Leite no cargo de Prefeito, em janeiro de 1977⁹¹. Não obstante, pode-se dizer que, de uma forma ou de outra, o CELAFISCS sempre contou com o apoio governamental para o desenvolvimento de suas atividades, seja ocupando o espaço cedido pela Prefeitura de São Caetano do Sul no Estádio Municipal Lauro Gomes por mais de dez anos desde sua fundação, seja usando as dependências do Núcleo de Atendimento Geral Samuel Klein da Secretaria Municipal de Saúde nas últimas duas décadas (CELAFISCS, 2004b).

A partir de 1996, esse apoio governamental se intensifica. Como visto anteriormente, com a criação do Agita São Paulo, o CELAFISCS passa a contar com o suporte financeiro da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo da ordem de US\$ 152,000.00/ano. Parceria que se inicia e se mantém até hoje fortemente ancorada no governo do PSDB. Ora, essa estreita relação com o PSDB, e visceral com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, não limitaria a capacidade de atuação do Agita São Paulo? Não comprometeria a ‘independência’ defendida pelo CELAFISCS? Não fosse assim, o que justificaria o coordenador geral do Agita São Paulo, Victor Matsudo, fazer campanha para o candidato do PSDB à presidência da República durante sua apresentação, intitulada ‘Promoção da Atividade Física: de um programa local a uma proposta global’, em uma das mesas-redondas do ‘XXIX Simpósio Internacional de Ciências do Esporte’, evento promovido anualmente pelo CELAFISCS e, em 2006, realizado entre o primeiro e segundo turnos da eleição presidencial⁹²?

Em sua apresentação, Matsudo exibiu a foto dos dólares apreendidos pela polícia federal na investigação da compra de um dossiê por políticos do PT contra candidatos do PSDB, além de imagens jocosas do presidente Luis Inácio Lula da Silva, sendo uma delas uma foto-montagem que circulou pela internet. Na seqüência, sem citar seu nome, Matsudo afirma que o presidente não é honesto, o que pode ser inferido pelo jogo entre sua fala e a exibição das imagens. Mais adiante, ao apresentar resultados do Agita

⁹¹ Informação obtida em <www.nossosaopaulo.com.br/Reg_13/Reg13_SaoCaetano.htm>. Acesso em: 06 de março de 2007.

⁹² O Simpósio realizou-se de 5 a 7 de outubro de 2006; o primeiro e o segundo turnos das eleições presidenciais, nos dias 1º e 29 de outubro do mesmo ano, respectivamente.

Galera que apontam maior conhecimento da mensagem do Agita São Paulo e prática de atividades físicas de escolares da rede pública estadual em comparação com os da rede privada, Matsudo arremata: “Vinte e um por cento de diferença a mais para a escola pública em relação à escola privada neste Estado. **Em épocas de eleição**, vinte e um por cento é uma bruta diferença, tá certo? Pra vocês entenderem o que tá acontecendo hoje nas escolas **desse Estado** [grifos meus]” (Matsudo, 2006). A que Estado Matsudo se referia? São Paulo, que até o dia 30 de março de 2006 tinha como governador Geraldo Alckmin (PSDB) que, tendo renunciado ao cargo, disputava com Luis Inácio Lula da Silva (PT) o segundo turno da eleição para a presidência da República. Esse fato, a meu ver, só reforça o argumento da forte vinculação entre CELAFISCS/Agita São Paulo e governos do PSDB, relação, diga-se de passagem, nada independente politicamente.

Em determinado momento do filme (2’10” a 2’42”), aparecem oito pessoas (entre elas, coordenadores e integrantes do Agita São Paulo) reunidas em torno de uma mesa, exibindo e aparentemente discutindo sobre materiais educativos produzidos pelo programa. Desses materiais, três aparecem em close. O primeiro deles é o livro ‘Programa Agita São Paulo’ (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998), que inaugura a série de publicações do Agita. O segundo e o terceiro são, respectivamente, o Meiorito – a mascote do Agita São Paulo – e o Agitol – caixa de remédio usada pelo programa para estimular a prática de atividades físicas. Nesses dois últimos me deterei, dada a recorrência com que aparecem e o significado que têm para o Agita São Paulo.

Um Meiorito inflável medindo cerca de 4 metros de altura, além de ser um dos primeiros a recepcionar os participantes do ‘Simpósio Internacional de Ciências do Esporte’, evento promovido anualmente pelo CELAFISCS, é presença marcante nos mega-eventos do Agita São Paulo. Seja em tamanho gigante ou estampado em publicações, camisas, folderes e materiais promocionais do programa, o Meiorito é figura recorrente no filme e nos eventos promovidos pelo programa. Afinal de contas, trata-se da mascote do Agita São Paulo: um relógio “desenvolvido a partir de conceitos sócio-culturais (São Paulo é conhecido por sua obsessão por ‘relógios’), científicos (ponteiros nos 30 minutos) e de intervenção (o apito) indicando para ‘começar’ ou ‘iniciar’” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.20). “Com sua presença alegre e bem disposta, ele está mostrando à população que meia hora de atividades físicas por dia fazem muita diferença e que, para se fazer atividade física, não há limite de idade – pode ser criança, jovem ou adulto” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.9). Além disso, a imagem é “de alto significado cultural para os paulistas, e possivelmente para todas as pessoas que vivem em grandes cidades,

que seguem um estilo de vida rápido, dependente do tempo e do relógio” (OPAS, [2002?b], p.6).

Essas são as justificativas apresentadas pelo Agita São Paulo para a criação do Meiorito como mascote do programa. Entretanto, um olhar mais atento aos detalhes permite desvelar outras interpretações para a mascote. Pelas transcrições acima já é possível perceber que o Meiorito nem sempre aparece com uma expressão alegre. Em alguns materiais do programa, ele – que, mais do que um relógio, é um despertador – aparece soprando um apito (Figura 13). Assim, ao silvo comandante do apito junta-se a campainha ativadora do despertador.

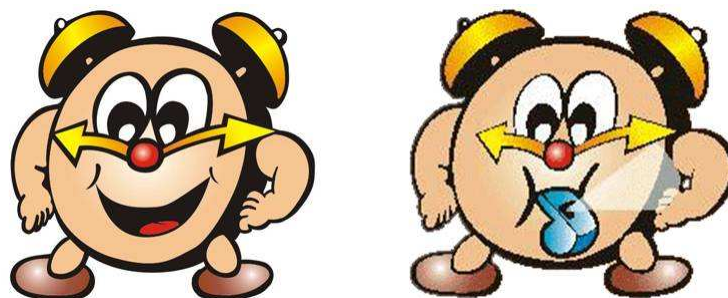


Figura 13 – Meiorito nas versões alegre e com apito (Fontes: Matsudo *et al.*, 2003b e Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, respectivamente).

A primeira aparição do Meiorito no filme é bastante reveladora de seu significado para os propósitos do Agita São Paulo. Logo após a voz do narrador (em *off*) constatar que “só no Brasil trezentas mil pessoas morrem por ano devido a doenças cardiovasculares” (Agita São Paulo, 2006, de 9” a 23”), ilustrada pelo traçado de um eletrocardiograma num fundo preto, surge o Meiorito numa seqüência de dez quadros que, num fundo branco, mudam ao som do tique-taque. Acorde! Está na hora! Não durma no ponto! Essas mortes podem ser “evitadas com uma receita simples e barata”! E qual é a receita? A prática diária de 30 minutos de atividades físicas.

É verdade que no filme o Meiorito não aparece soprando apito. Mas também é verdade que quando se trata da prática de atividades físicas, o apito é mais do que um objeto usado para indicar o momento de “iniciar” determinada tarefa, como faz crer o Agita São Paulo. Ele expressa a idéia de comando e de respeito às regras. É assim quando o árbitro dele faz uso nos jogos desportivos; é assim quando um professor de Educação Física o adota em aula. De fato, pode-se dizer que o uso do apito em aulas de Educação Física expressa a intenção do professor de ter amplo controle sobre as práticas corporais, restando ao aluno poucas alternativas, senão cumprir os comandos. É claro que o apito não obrigatoriamente transforma a aula em um espaço de práticas

autoritárias. No entanto, não há como negar que seu uso em aulas de Educação Física tem raízes em práticas militares (Rangel-Betti, 2001), dada a forte influência que essa disciplina escolar sofreu das instituições médica e militar. Vale lembrar que, em 1929, o Método Francês, criado dentro de uma escola militar francesa, torna-se obrigatório em todas as instituições de ensino brasileiras e, em 1931, passa a orientar o ensino secundário, normal e superior. Considerado peça importante na construção da nova ordem social por inculcar ordem, disciplina e submissão, foi eleito pelos governantes da época como o método que uniformizaria a Educação Física brasileira (Goellner, 1993). A influência desse método disciplinador, do qual o apito é símbolo, até hoje pode ser sentida nas aulas de Educação Física.

O Meiorito, portanto, não exerce o papel que se atribui a toda mascote: “proporcionar sorte, felicidade” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p.1862). Os cálculos de risco nos quais o Agita se apóia para preceituar suas regras comportamentais não podem envolver sorte, artigo cada vez mais raro na sociedade de consumo gerida pelo risco (Beck, 1992). A prometida felicidade, longa e saudável, demanda, sim, autocontrole, disciplina e submissão à regra dos 30 minutos diários de atividade física. Tudo isso ao som do apito e do despertador. Daí o apelo de Matsudo para que as pessoas dêem sentido e alegria à prática da atividade física...

Mas o Meiorito não está sozinho na sanha de colocar as pessoas em movimento. Para ajudá-lo nessa tarefa foi criada a Meiorinha. De fitas no cabelo, batom, pulseira, cílios salientes e sorriso fácil, a Meiorinha é um recurso do Agita São Paulo para “disseminar a mensagem da importância de ser fisicamente ativo [sic.] entre as mulheres” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2005, p.20). Ao seu lado, está a Meiorita, prima distante lá das bandas do Nordeste. Negra, mais corpulenta, trajando turbante e pulseiras de várias cores, a Meiorita é a mascote do programa Agita Bahia. Há também o Meiorito peão e caminhoneiro, entre outros (Figura 14). Embora a maioria das mascotes seja estilizações do Meiorito, alguns programas inovaram, criando suas próprias mascotes. Não deixaram, porém, de reproduzir nelas o sentido de controle e de submissão à regra. Esse é o caso, por exemplo, do programa Agita São José dos Campos, cuja mascote, de expressão pouco alegre, empunha cronômetro e apito (Figura 14, letra h).

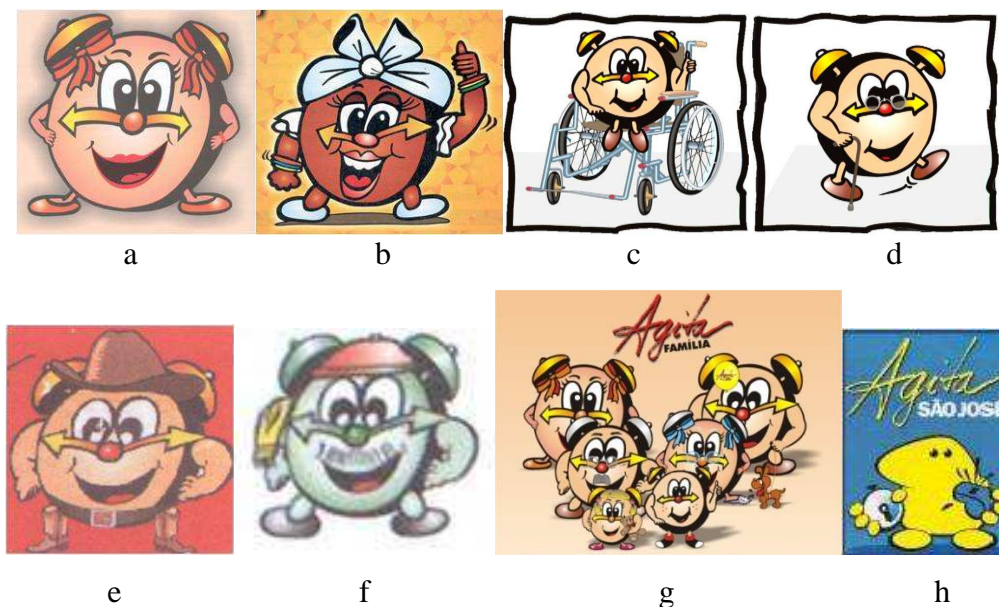


Figura 14 – (a) Meiorinha; (b) Meiorita; (c) Meiorito com necessidades especiais; (d) Meiorito idoso; (e) Meiorito caubói; (f) Meiorito caminhoneiro; (g) Meioritos pai, mãe, avô, avó, filho e filha; (h) mascote do Agita São José dos Campos (Fontes: Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2005; 2006; Agita São Paulo, 2006).

Além de encarnar no visual características culturais de várias regiões do país, o Meiorito também personifica portadores de necessidades especiais e idosos, respectivamente, nos quadros 4 e 8 da seqüência de dez, logo no início do filme (24” a 34”). Embora essas personificações do Meiorito apareçam muito rapidamente no filme, visam estabelecer, como as demais versões da mascote (Meiorinha, Meiorita, Meiorito caubói, caminhoneiro, pai, mãe, avô, avó, filho, filha) (Figura 14), uma identidade com diferentes grupos sociais, num esforço universalizador de seu discurso.

Como muito bem assinala Fraga (2006), todas essas versões do Meiorito podem ser vistas como “estereótipos construídos não para expressar a identidade de um povo ou grupo social, que é sempre múltipla, transitória e difusa, mas para exercer o controle sobre a representação do ‘outro’ dentro de uma dada ordem discursiva” (p.132). De fato, o Agita São Paulo trata a realidade de forma fragmentária e, ao mesmo tempo, estática e objetiva. Basta dizer que para se aceitar que 30 minutos diários de atividade física reduzam, em x%, o risco de morte prematura, de morte cardiovascular, de desenvolvimento de hipertensão e câncer de cólon (Matsudo, Araújo, Matsudo, 2006), idéia central do Agita São Paulo, há que se admitir o controle de todo o contexto social, econômico, político e cultural. Em outras palavras, há que admiti-lo imutável. A mesma lógica orienta a ação das mascotes. Apoiando-se em frágeis conexões identitárias com a população, elas a divertem do controle que lhe impingem por meio de uma prescrição

individulizante, metonímica, pretensamente universal, alienante e tingida de verdade absoluta: “atividade física é saúde: acumule 30 minutos todos os dias”.

Essa mesma frase aparece, *ipsis litteris*, na embalagem do Agitol que, assim como a mascote do Agita São Paulo, pode ser encontrada em diferentes versões: na cor azul⁹³ ou na tradicional embalagem vermelha com calendário, com recomendações do Meiorito ou com logos de programas e empresas parceiras (Figura 15 – letra a). Como todo medicamento de uso contínuo, o Agitol tem seus similares, como Mexil, Agitaer e Movitol (Figura 15 – letras b, c). Além desses ‘medicamentos’, Activex e Activol são citados pelo Agita São Paulo como “genéricos” do Agitol, produzidos, respectivamente em Portugal e na Colômbia (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002).



Figura 15 – (a) Agitol em diferentes embalagens; (b) Mexil e Agitaer; e (c) Movitol.

Antes de avançar na discussão sobre o uso de ‘medicamentos’ como estratégia para a promoção da atividade física, uma pequena retificação: a rigor, todos esses ‘remédios’ citados não são genéricos do Agitol, e sim, similares. Explico meu ponto de vista. Segundo a legislação brasileira, o medicamento genérico deve necessariamente ser designado pela denominação do princípio farmacologicamente ativo, aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária ou, na sua ausência, pela denominação recomendada pela OMS. Já o medicamento similar, deve sempre ser identificado por nome comercial ou marca (Brasil, 1999). Ora, os genéricos do Agitol teriam, então, que ser designados por seu princípio ativo – a atividade física. Dessa forma, o medicamento não teria marca ou nome comercial que, via de regra, remete ao nome dos programas e empresas parceiras do Agita. O Mexil, por exemplo, um dos primeiros similares do Agitol, é produzido por ‘Mexe Campina’, programa de incentivo à atividade física realizado, desde 1999, na cidade de Campina Grande (PB). O Agitaer foi criado pelo programa ‘FAB Saudável’, desenvolvido pela Universidade da Força

⁹³ Disponível em: <<http://www.agitasp.org.br/material/arquivos/agitol2007.jpg>>. Acesso em: 6 fev 2008.

Aérea Brasileira. Já o Movitol é desenvolvido pelo programa ‘Mexa-se pela sua Saúde’, conduzido pelo Instituto do Desporto da Região Autónoma da Madeira, em Portugal. Ou seja, na prática, esses medicamentos cumprem duas funções: promover a atividade física e o programa (ou organização) responsável por sua produção. Aliás, diga-se de passagem, o lançamento de versões “corporativas” do Agitol é uma das ações desenvolvidas pelo Agita São Paulo no setor privado (Matsudo, Matsudo, 2005).

Dito isso, resta saber a justificativa do Agita São Paulo para tomar o Agitol como estratégia de promoção da atividade física. Não foi difícil achar. O programa concebe o Agitol inspirando-se na cultura médica de prescrever remédios para cada problema de saúde (Matsudo, Matsudo, 2005; Matsudo *et al.*, 2002a). “O Agitol [...] é uma pílula imaginária, virtual, que diminui pressão alta, diabetes, osteoporose, depressão...” (Matsudo, 2007). O objetivo do programa é “encorajar os médicos a pensar sobre a atividade física como um componente da saúde tão importante quanto os medicamentos” (Matsudo *et al.*, 2004a, p.86). Embora a justificativa para a criação do Agitol tenha sido a intenção de atender tanto aos que têm a cultura de receitar quanto aos que só querem tomar remédios, o fato é que esse ‘medicamento’ assumiu posição privilegiada entre as estratégias do Agita São Paulo de promover a atividade física na população em geral. Sempre que possível, o Agitol é citado nas inserções midiáticas do Agita São Paulo ou de seus representantes. O Agitol foi destaque tanto na terceira reportagem da série ‘Atitude Saúde’ veiculada pelo Jornal Nacional entre os dias 29 de dezembro e 2 de janeiro de 2004 (Fraga, 2006), quanto na entrevista concedida por Matsudo (2007) ao canal SporTV, exibida em 22 de março de 2007.

Pelo visto, a supervalorização do medicamento como solução para os problemas de saúde e, por conseguinte, o fato de a propaganda de medicamentos ser apontada como um dos principais problemas relacionados ao mercado farmacêutico (Nascimento, 2005) não parecem ser empecilhos para o Agita São Paulo reverenciar o Agitol. Mais que aceitar, o Agita São Paulo aprofunda e difunde a cultura do medicamento ao tratar a atividade física como remédio milagroso, cujos resultados se estendem a todas as esferas da vida (tratarei desse assunto mais à frente). Uma medicalização de fazer inveja à indústria farmacêutica. Não demora muito, teremos no mercado um medicamento real – e não imaginário como o Agitol – para combater especificamente o sedentarismo ou a ‘Síndrome da Morte Sedentária’ (Booth, Krupa, 2001; Lees, Booth, 2004; 2005). Sim, porque para dar mais vigor e disposição para o dia-a-dia já há vários: Vitasay Stress, Zillion, Vitforte, Targifor C, Energil C, Centrum, entre outros (Nascimento, 2005).

Ora, como discuti no Capítulo II, tratar a atividade física (princípio ativo do Agitol) como remédio é destituí-la de seu caráter hedonístico. Por isso, o pedido insistente de Victor Matsudo para que as pessoas ‘não se mexam apenas mecanicamente, mas dêem um sentido, uma alegria à atividade física’ (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”). Como se fosse possível descolar o sentido da experiência propriamente dita... À medida que desato os fios do ‘tapete’ tecido pelo Agita São Paulo, vem insistentemente à tona uma concepção fragmentária e estática da realidade.

Mas por baixo dessa trama há algo ainda mais revelador. A não-prática corporal segundo determinados parâmetros fisiológicos – ou apenas sedentarismo para o Agita São Paulo – é, portanto, um mal, uma doença. Na mesma linha de outros autores (Booth, Krupa, 2001; Lees, Booth, 2004; 2005) que, no início dos anos 2000, criaram a doença ‘Síndrome da Morte Sedentária’, o Agita imputa ao sedentarismo toda uma carga de malignidade e terror. Basta recorrer a algumas de suas publicações e materiais educativos(!) para justificar meu ponto de vista: “Inatividade física: inimigo número 1”, “Seja inativo: a funerária agradece!”, “Fique vivo: caminhe” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; [entre 1997 e 2002]); “Sedentarismo: vacine-se contra esse mal” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 199?a); “Não deixe sua vida no vermelho. Acumule atividade física. 30 minutos por dia fazem a diferença” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 199?b); “sedentarismo mata” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002).

Como se já não bastasse tratar a atividade física como remédio, o Agita São Paulo vai além: imputa-lhe o poder de imunização contra uma plethora de doenças. O Agitol, portanto, mais que remédio, é vacina. “Agitol. **Vacine-se** contra o sedentarismo. **Validade: toda a vida**” e “Sedentarismo. **Vacine-se contra esse mal**. Tome Agitol [grifos meus]” são mensagens encontradas em algumas embalagens do ‘medicamento’ e em folderes do Agita São Paulo (Figura 16).

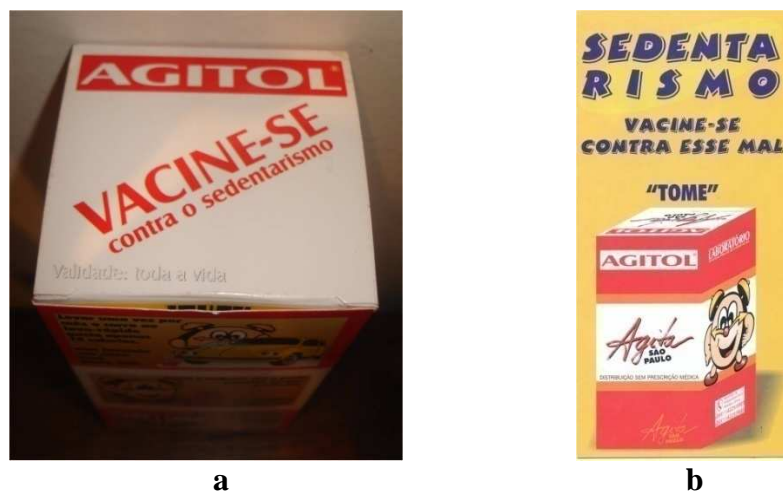


Figura 16 – Agitol apresentado como vacina em (a) sua embalagem e em (b) folderes.

Assim, não é exagero afirmar que as ações de promoção da atividade física realizadas pelo Agita São Paulo inserem-se na lógica do modelo biomédico, mais especificamente, na da ‘teoria do germe’ que, a partir do final do século XIX, vai progressivamente sendo adotada como explicação das causas das doenças⁹⁴. Segundo a ‘teoria do germe’ (ou teoria da etiologia específica), a cada doença corresponde um germe – sua causa específica. Ora, mas se a ‘teoria do germe’ embasa as ações do Agita São Paulo, ou seja, se o sedentarismo é a doença, a atividade física o remédio-vacina, onde está o vírus ou a bactéria? Onde está o microrganismo invasor, causador do sedentarismo? À primeira vista, não está visível. Não por sua dimensão microscópica, mas porque está por trás de tantas prescrições destinadas ao ‘combate da doença sedentarismo’, constantemente alardeadas aos quatro ventos e a todas as audiências. A bem da verdade, não é tão difícil assim descobrir o agente causador do sedentarismo. Para isso, basta verificar o foco das ações do Agita São Paulo. Para onde elas apontam? Fundamentalmente para o indivíduo:

A “receita é simples e barata” (Agita São Paulo, 2006, de 9” a 23”). “**Você** não precisa estar em forma para começar; **você** não precisa sair de casa para ser ativo; **você** não precisa dispor de muito tempo; as atividades podem ser facilmente introduzidas na **sua** rotina diária”. “É possível arrumar tempo

⁹⁴ A ‘teoria do germe’ surge no século XIX, mas não é aceita tão rapidamente como explicação das causas das doenças, sobretudo devido à capacidade de seus opositores associarem-na negativamente aos interesses políticos e econômicos da época. Naquela época, com o aumento do comércio entre os países, reflexo da Revolução Industrial, a quarentena soava como um desastre para a classe burguesa, maior beneficiária desse comércio. Porém, na passagem para o século XX, com as descobertas de Pasteur e a possibilidade de antibióticos e vacinas controlarem as doenças sem a necessidade da quarentena, a ‘teoria do germe’ emerge com força e se consolida como explicação das causas das doenças. Sua aceitação foi tão grande que microrganismos supostamente causadores do câncer passaram a ser ‘caçados’ pelos cientistas (Tesh, 1990).

para ser mais ativo, **mesmo com a pressão inevitável do trabalho, da família e do lar** [...] “Só 30 minutos de atividades moderadas por dia é **tudo de que você** precisa. Apenas **faça as coisas que você** usualmente faz, mas de uma forma que use um pouco mais de energia ou que movimente um pouco mais o **seu** corpo [grifos meus]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 199?d).

O uso do verbo na terceira pessoa do singular e no modo imperativo caracteriza as prescrições do Agita São Paulo, que focam o indivíduo e estão impregnadas do fenômeno da culpabilização da vítima. Exemplos cabais, além de o coordenador geral do Agita São Paulo chamar de “antas” as pessoas que não praticam atividade física regularmente (Matsudo, 2007), são as atividades propostas pelo programa para seus três grupos focais (escolares, trabalhadores e idosos), todas dirigidas exclusivamente ao indivíduo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.21-22). Ora pois, se o agente causador do sedentarismo é o próprio indivíduo, destruí-lo (seguindo a lógica da ‘teoria do germe’) não significaria destruir o próprio destinatário das ações do Agita São Paulo? Não estaríamos diante de um paradoxo?

Entendo que a noção de indivíduo só faz sentido quando pensada na relação com o todo coletivo. Em outras palavras, o indivíduo só existe como indivíduo – como ser uno, singular – quando compreendido na relação dinâmica e recíproca que estabelece com a sociedade. É exatamente isso que o Agita São Paulo destrói ou, ao menos, ignora. O programa funda suas estratégias numa visão dicotômica da relação indivíduo-sociedade, tamanha é sua ênfase em prescrições comportamentais descontextualizadas. Tudo isso apenas confirma o que disse antes: o Agita São Paulo concebe a realidade como fragmentária, estática e objetiva. De fato, pode ser conveniente a idéia de que as ‘reais’ causas das doenças são identificáveis, tangíveis e individuais, pois isso tira de cena a complicada interação do indivíduo com os ambientes físico e social (Tesh, 1990).

Mas essa não é a única forma de analisar como a lógica da ‘teoria do germe’ se manifesta nas ações do Agita São Paulo de promoção da atividade física. É possível que o programa focalize o indivíduo não por ele *ser* o agente causador do sedentarismo, mas por ele *portar* esse agente, seja na forma de gene ou de uma incapacidade de agir racionalmente. Em qualquer dos casos, porém, o indivíduo é considerado responsável por seus comportamentos e independente de seu contexto social. No que concerne à primeira possibilidade, vale destacar que o CELAFISCS (laboratório responsável pelo Agita São Paulo) não realiza pesquisas genômicas, o que não quer dizer que não considere a pertinência desses estudos nem a importância de seus desdobramentos para a promoção da atividade física em nível populacional. O Simpósio de 2004, por

exemplo, teve como tema central ‘Atividade Física: da ciência básica para ação efetiva’. Um dos conferencistas internacionais convidados pelo CELAFISCS foi Claude Bouchard, Doutor em Genética Populacional pela Universidade do Texas e Diretor do Laboratório de Genomas Humanos do Centro de Pesquisas Biomédicas da Universidade do Estado da Louisiana. Bouchard proferiu a conferência intitulada ‘Existem Determinantes Genéticos e Biológicos para um Estilo de Vida Ativo?’ (CELAFISCS, 2004a). Eu estava lá e muito curioso para saber o que seria dito. Desconfortável que fiquei com o teor da conferência, indaguei ao final: “Na hipótese de existirem genes responsáveis pelo sedentarismo, em sua opinião, que desdobramentos isso teria para as estratégias de promoção da atividade física?”. Sua resposta? “Há genes para o sedentarismo. Há dois locais no genoma fazendo com que as pessoas sejam predispostas ao sedentarismo. [...] Os desdobramentos dependerão das características desses genes, das **feras** que iremos encontrar [grifo meu]”. Seguindo a lógica da ‘teoria do germe’, lá estava o agente causador do sedentarismo: um gene que corporifica o risco (Castiel *et al.*, 2006) e, de tão ‘feroz’, parece agir independentemente do contexto social.

Com essas reflexões, não pretendo contestar os benefícios potenciais do conhecimento genômico (e não são poucos), mas trazer à baila alguns desdobramentos que esse tipo de abordagem pode ter para as estratégias de promoção da atividade física. Por exemplo, que efeito isso teria nas estratégias do Agita São Paulo? A identificação de um gene causador do sedentarismo redimiria o indivíduo da culpa por seu comportamento (Castiel *et al.*, 2006)? Ou, como forma de superar a determinação genômica, serviria de justificativa para intensificar as estratégias de convencimento do Agita São Paulo e, na prática, de culpabilizar a vítima? Definiria o laboratório como o *locus* preferencial para a formulação de políticas de promoção da atividade física, entre outras? Por outro lado, a não identificação desse gene justificaria os apelos racionalizantes à responsabilidade individual, mesmo num quadro de poucos riscos epidemiológicos para doenças crônicas, por exemplo? Trata-se de suposições, é claro. Porém, para os propósitos deste estudo, importa mais assinalar o fato de o CELAFISCS considerar a pertinência desse tipo de conhecimento para embasar suas estratégias de promoção da atividade física, ao mesmo tempo em que não dedica a mesma atenção a conhecimentos gerados no âmbito das ciências sociais. Para o Agita São Paulo, a prática da atividade física é, mais que tudo, um fenômeno biológico e, a saúde, ausência de doenças.

No que se refere ao esforço de identificar a incapacidade de os indivíduos mudarem racionalmente seus comportamentos, essa é uma das estratégias que o Agita

São Paulo desenvolve desde seu nascimento. Isto é, o programa centra suas estratégias na persuasão dos indivíduos à prática de atividades físicas, ‘bombardeando-os’ com todas as ‘armas’ disponíveis, afinal, o “Agita São Paulo [...] veio para **combater** o [...] o sedentarismo [grifo meu]” (Agita São Paulo, 2006). Assim, estratégias midiáticas variadas (Agitol, mascotes, *jingles*, cartazes, artigos científicos, mega-eventos, inserções em jornais, revistas, rádios e canais de televisão) são usadas para chamar os indivíduos à razão, para fazê-los superar a incapacidade (momentânea ou mesmo a mais arraigada) de agir racionalmente. “Aumentando o nível de conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativo”, o Agita São Paulo espera “aumentar em pelo menos um nível o estágio de comportamento da população em relação à atividade física (exemplo: o sedentário para pouco ativo e o pouco ativo para ativo)” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002; 1998, p.14).

Ou seja, a idéia subjacente é a de que conhecer leva o indivíduo a mudar de comportamento. Tanto é que, para avaliar essa mudança, o Agita São Paulo vale-se de uma adaptação do modelo transteórico, inicialmente criado por Prochaska e DiClemente (1982) para estudar a adição ao tabagismo e, mais tarde, a adesão à atividade física (Prochaska, Marcus, 1994). O modelo transteórico tem como premissa básica a idéia de que a mudança do comportamento é um processo racional, que pode ser esquadriado em cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O Agita São Paulo reúne esses cinco estágios em apenas três – pré-contemplativo, contemplativo e ativo – e, assim como propõem Prochaska e DiClemente (1982), advoga estratégias específicas para cada estágio (Quadro 2).

Quadro 2 – Conselhos do Agita São Paulo para a Adesão à Prática da Atividade Física de acordo com os Estágios do Modelo Transteórico Adaptado (Fonte: Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.25).

Estágio de Mudança	Meta	Conselhos
Pré-contemplativos • Não têm interesse pela atividade física	Encorajar os sujeitos a pensar em iniciar um programa	<ul style="list-style-type: none"> • Resuma os benefícios • Relate os benefícios pessoais para a saúde • Liste as razões para ser ativo • Identifique as barreiras para a atividade física
Contemplativos • Interessados, mas não ativos	Estabelecer um plano específico para iniciar um programa	<ul style="list-style-type: none"> • Dê informações claras para começar um programa de atividade física em um futuro próximo • Identifique os benefícios que eles esperam da atividade física • Eles escolhem uma atividade física apropriada e preferida • Identifique os suportes sociais • Identifique as barreiras para atividade • Observar a taxa de confiança do paciente em ser capaz de realizar atividade física regular
Ativos • Atualmente envolvidos com atividade física	Continuar um programa de atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Premiá-los com elogios • Revise seus programas de atividade física atuais • Identifique os suportes sociais • Identifique as barreiras para prevenir o abandono • Desenvolver soluções para as barreiras • Observar a taxa de confiança do paciente em ser capaz de continuar atividade física regular [nesta coluna, grifos meus; nas demais, grifos no original]

O quadro 2, apresentado pelo Agita São Paulo, reúne “sugestões para **programar** a população para a mudança de comportamento”, visando orientá-la a “superar os principais obstáculos para ter uma vida mais ativa [grifo meu]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.24). Antes de avançarmos mais, reparem no uso do vocábulo ‘paciente’ para se referir ao destinatário da mensagem do agito. Ato falho? Seja como for, é revelador. A lógica biomédica, mais uma vez, emerge dentre os fios do ‘tapete’ tecido pelo Agita São Paulo.

Mas quais seriam os “principais obstáculos para uma vida mais ativa”? Segundo o Agita São Paulo, falta de tempo, equipamento, habilidade e conhecimento (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.24). Tudo bem, vá lá. Suponhamos que o problema se resumisse a esses obstáculos [ainda que se trate de uma forma simplória e, portanto, limitada de abordar a questão; e ainda que se admita a possibilidade de que o problema não seja um problema, isto é, que a inatividade física não seja vista como um problema importante pelos próprios destinatários das ações]. Ainda assim, a questão pode ser analisada de diferentes formas, partindo-se de diferentes premissas. A falta de tempo, por exemplo, pode ser tomada tão-somente como a dificuldade de o indivíduo gerenciar seu tempo (não importando de quanto ele seja), como pode ser considerada como o resultado dos determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais que, por

sua vez, variam no tempo, no espaço e para distintos grupos e classes sociais. Expressando essas duas abordagens na forma interrogativa, teríamos: “Como posso aproveitar melhor meus horários para ter tempo para praticar atividades físicas?” e “por que a disponibilidade de tempo para a prática de atividades físicas é desigual na sociedade?”. A forma de abordar a questão direciona todas as etapas subsequentes, seja de um processo de investigação científica⁹⁵, seja de formulação de políticas. Ambas as questões não são isentas de valores, ambas são políticas. A diferença é que a primeira esconde sua condescendência com o *status quo* (Tesh, 1990).

Como venho assinalando, o indivíduo é o foco das ações do Agita São Paulo. As sugestões do Quadro 2 e os obstáculos para uma vida mais ativa apresentados pelo Agita São Paulo denotam como o programa individualiza questões sociais. Aproveitando esse ponto da discussão, quero esclarecer que não sou contra ações que tomam o indivíduo como foco prioritário. Tampouco assumo posição diametralmente oposta de advogar apenas ações que foquem o coletivo, o que, a meu ver, representaria uma dicotomização às avessas da relação indivíduo-sociedade⁹⁶. Ambas as situações denotam uma priorização circunstancial do problema, algo impossível em teoria. O que critico é o Agita São Paulo tomar como foco prioritário um indivíduo desconectado de seu contexto social, político, econômico e, além disso, realizar ações que não contribuem para que o indivíduo perceba sua relação dinâmica e recíproca com o coletivo. A meu ver, ações desse tipo pouco contribuem para a alteração do quadro sanitário do país.

E que tipo de conhecimento o Agita São Paulo difunde a fim de levar as pessoas a praticar atividade física? Bem, sabemos que a mensagem central do programa é: “**todo cidadão deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana** (se possível todos), **de intensidade moderada** (ou leve), **realizada de forma contínua ou acumulada** [grifos no original]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.31). Mas como o Agita São Paulo chega a essa mensagem? Como ela nasce? Não, ela não nasce de reivindicações da população, a partir da

⁹⁵ Captar a animação e fluidez de todo fenômeno relacional é algo que o dispositivo científico não consegue fazer. A expressão desses fenômenos (como o poder) na forma de uma questão científica descaracteriza, em alguma medida, o próprio fenômeno. É o que ocorre, por exemplo, quando formulamos questões como essas duas, ora focando o indivíduo, ora o coletivo. Trata-se, contudo, de algo impossível de se evitar. O que quero acrescentar aqui, portanto, é que toda formulação de uma questão científica é permeada por valores e pela visão de mundo de seus autores (Tesh, 1990).

⁹⁶ Não compartilho da tese de que a mudança macro-social antecede as mudanças de cunho individual, e nem de sua antítese. Entendo que mudanças se dão num caldo ebuliente e conflitante de diferentes interesses de indivíduos, grupos e classes sociais, forjados na relação dialética entre indivíduo e sociedade, cujos resultados são impossíveis de prever com a exatidão buscada pelo dispositivo científico hegemônico.

identificação de seus principais problemas de saúde. Ela não nasce do esforço do Agita São Paulo de, numa relação de ‘poder com’ a população, fazer emergir a reflexão crítica sobre os determinantes ambientais, sociais, econômicos, culturais e políticos das práticas corporais, como discutido no capítulo II. Não há diálogo do Agita São Paulo com a população, não nessa perspectiva. Não há intenção de construir com ela as formas de superação dos problemas por ela identificados como tal.

As ações do Agita São Paulo não levam os indivíduos à reflexão. Os “30 minutos de atividade física”, constantemente martelados nas cabeças alheias, assumem o estatuto de prescrição. A abordagem do Agita São Paulo é ‘de cima para baixo’. O que predomina é uma relação de ‘poder sobre’ os indivíduos. Todos podem e devem participar das atividades do programa (principalmente dos mega-eventos), desde que comungando de sua argumentação central: “atividade física é saúde: acumule pelo menos 30 minutos por dia” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). Observem a estrutura do programa (Figura 17) e reparem o sentido das setas: todas de cima para baixo. Onde entraria, então, a participação da população nas ações do Agita São Paulo, senão movendo seus corpos nos mega-eventos do programa?



Figura 17 – Estrutura do Programa Agita São Paulo (Fonte: Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.21).

Pode-se argumentar, entretanto, que a existência de setas descendentes na estrutura do programa é pouco para fundamentar o argumento de que o Agita São Paulo exerce uma relação de ‘poder sobre’ os destinatários de suas ações. De fato, é. Então, vamos adiante. ‘Cidadania ativa’, expressão três vezes citadas no filme e várias vezes em outros materiais do Agita São Paulo, que poderia sugerir alguma forma de

mobilização e participação social, tem seu conceito corrompido ao ser equiparada (e banalizada) ao ato de mexer o corpo como forma de ‘acumular’ saúde:

“[o] nome Agita [...] é uma palavra especial que representa não só mexer o corpo para a saúde física, mas também para a mental e social, **ou seja, cidadania ativa!**” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.20).

“Para levar ações de cidadania ativa a toda a população, o CELAFISCS e seus parceiros agitam em toda a comunidade [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, de 3’44” a 4’29”).

Ora, se o agito é a alma do Agita São Paulo, não é de surpreender que no filme ‘cidadania ativa’ seja tomada como sinônimo do programa: “O CELAFISCS [...] desenvolve um programa de estímulo à prática da atividade física: **é a cidadania ativa** [grifo meu]” (Agita São Paulo, 2006, de 52” a 1’30”). Volto, então, a perguntar: onde está a participação social nas ações do Agita São Paulo? Reconheço que o programa possui um Comitê Executivo (Colegiado), composto por representantes de instituições governamentais, não-governamentais e empresas privadas⁹⁷, que se reúne uma vez por mês para programar as ações do Agita São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). Insisto, porém, que a participação desses representantes é acessória e não serve para alterar a lógica biomédica, culpabilizante e individualizante imposta pela coordenação do programa. Há vários indícios que justificam meu argumento. Voltemos ao trecho do filme em que o Colegiado é citado:

“Para levar ações de cidadania ativa a toda a população, o CELAFISCS e seus parceiros agitam em toda a comunidade, mas escolheram três públicos específicos para enfatizar as ações: o escolar, o trabalhador e o idoso. O programa Agita conta com mais de 350 parceiros e centenas de colaboradores para cumprir um calendário anual de eventos, com a formação de um colegiado composto por diferentes representações governamentais e não-governamentais, que se reúnem mensalmente para compartilhar experiências bem sucedidas e compactuar metas e ações comuns [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, 3’44” a 4’29”).

Reparem que o CELAFISCS, do mais alto posto hierárquico da estrutura do programa (Figura 17), *leva* “ações de cidadania ativa” (ou seja, o agito) para toda a população, confirmando, portanto, que de lá só partem setas, não chegam. Reparem aí, mais uma vez, a noção de ‘poder sobre’, discutida no capítulo II. Observem ainda que o

⁹⁷ Que inclui secretarias municipais e estaduais, prefeituras, associações e sociedades de classe, instituições de ensino, empresas estatais e privadas, centros e instituições de pesquisa, clubes de serviço, associações e clubes desportivos, instituições representativas de classe, hospitais, clínicas e outros grupos (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002).

programa conta com seus parceiros “para cumprir um calendário anual de eventos”, “para compartilhar experiências bem sucedidas e compactuar metas e ações comuns”. Ora, os parceiros atuam apenas cumprindo calendário, compartilhando experiências e compactuando metas e ações comuns? Não refletem criticamente sobre as ações do programa, chegando ao ponto de propor novos encaminhamentos, diretrizes e estratégias? Difícil (para não dizer impossível), pois, para chegar à condição de parceiros e de integrantes do Colegiado, têm que assinar uma carta de formalização de parceria com o Agita São Paulo na qual

“[a] instituição signatária, pelo seu representante legal, concorda que, através do Programa **AGITA SÃO PAULO “30 minutos que fazem a diferença”**, *procurará* aumentar o nível de atividade física da população do Estado de São Paulo, incentivando a [sic.] um *estilo de vida ativo*, que propicie a promoção da saúde física, mental e social, como um instrumento poderoso para melhora da qualidade de vida.

O Programa **AGITA SÃO PAULO** *é coordenado* pela Secretaria do Estado de Saúde, com a assessoria técnico-científica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, com a sustentação de um **Colegiado de Instituições Governamentais e Não-Governamentais**; e ainda um **Grupo de Assessores Nacionais e do Exterior**.

O Programa **AGITA SÃO PAULO** *desenvolverá* ações de conscientização dos benefícios de um *estilo de vida ativo* (**Fase de Sensibilização**) e de prática concreta de atividade física (**Fase Ativa**); dedicando especial atenção à Criança (**Escolar**), ao **Trabalhador** e aos **Idosos** [grifos em negrito, no original; em itálico, grifos meus]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.41).

Reparem que na carta-compromisso os verbos que se referem às ações do programa são empregados no ‘futuro do presente’, único tempo verbal “que situa uma ação ou um estado em momento posterior àquele em que se fala” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p.1409) sem referência a condições, como é caracterizado pelos tempos verbais do ‘futuro do pretérito’ e do ‘futuro do subjuntivo’. Já a referência à coordenação do programa é feita no presente – “tempo verbal que indica que a ação decorre simultaneamente com o ato da fala” (Instituto Antônio Houaiss, 2001, p.2291) – e vinculada à Secretaria da Saúde e ao CELAFISCS. A análise sintática apenas reforça o que venho afirmando. A coordenação do programa define previamente estratégias e atividades e os parceiros cumprem ou, na melhor das hipóteses, discutem outras formas de cumpri-las. Alterá-las não está em questão. Assim, o tiro de misericórdia na participação social é dado já na adesão ao programa Agita São Paulo, quando as instituições concordam em seguir as diretrizes traçadas pela Secretaria da Saúde e pelo

CELAFISCS, isto é, aceitam promover *estilos de vida ativos* por meio da difusão da mensagem dos 30 minutos. Trata-se, portanto, de uma ‘participação’ imposta de ‘cima para baixo’ que, na prática, não serve para outra coisa senão legitimar e divulgar a lógica do Agita São Paulo para outras freguesias, além, é claro, de preservar o Estado que, na figura da Secretaria de Saúde de São Paulo, é o maior sócio e financiador do programa.

“O Agita São Paulo [...] é um programa direcionado por profissionais, cientistas, **gente que conhece o que é epidemiologicamente bom para a sociedade** [grifo meu]” (CONFEEF, 2002, p.31). Além de confirmar, de modo peremptório e escudado na ciência, tudo o que eu disse nos parágrafos precedentes, Matsudo, em entrevista concedida ao Conselho Federal de Educação Física (CONFEEF), aponta claramente de onde emanam as prescrições comportamentais do Agita São Paulo. Sim, é de especialistas e do arcabouço epidemiológico que nasce a mensagem de que agitar pelo menos 30 minutos por dia é “bom para a sociedade” ‘acumular’ saúde. Uma espécie de vacina contra doenças crônicas não-transmissíveis forjada a partir da identificação de uma associação inversa do gasto calórico e do tempo total de atividade física com a mortalidade e a incidência de doenças cardiovasculares. Já a expressão “acumular saúde” que, na prática, significa que os 30 minutos de atividade podem ser praticados de forma fracionada (15+15 ou 10+10+10), encontra suporte em estudos que apontam a possibilidade de atividades físicas moderadas praticadas intermitentemente produzirem efeitos benéficos tanto na aptidão física quanto na saúde (Pate *et al.*, 1995).

O método epidemiológico, entretanto, possui algumas particularidades que devem ser cuidadosamente examinadas, inclusive para que seus resultados tenham o merecido respeito. Primeiro, ele apóia-se na estatística probabilística para estabelecer associações entre variáveis, o que limita sua capacidade de estimação futurística. Segundo, associações não implicam causalidade. Terceiro, as reduções, ao mesmo tempo em que são necessárias para garantir a lógica interna do método epidemiológico, expressam ‘apreensões’ limitadas da realidade. Quarto, o método epidemiológico funda-se numa racionalidade que, no entanto, não se aplica naturalmente às decisões humanas. Por tudo isso (como foi discutido no Capítulo II), a utilização dos achados epidemiológicos, embora importante para a identificação das causas de muitas doenças, deve ser parcimoniosa no caso de prescrições comportamentais. Entretanto, apesar dessas limitações do método epidemiológico, o Agita São Paulo insiste em estabelecer uma relação direta entre atividade física e saúde, ora causal, ora sinonímica:

“Atividade física é saúde: acumule 30 minutos por dia”, “30 minutos de exercício: saúde!”, “Você já agitou hoje? Exercício é saúde!” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998); “Andar: passaporte para a saúde!” (Matsudo, Araújo, Matsudo, 2006); “Atividade Física: o certificado de qualidade da sua saúde”, “Atividade Física: sua hora extra de saúde todo dia” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1999?c).

Na verdade, trata-se de uma estratégia para tornar a atividade física imune a críticas; afinal, quem pode ser contra a saúde? Nessa mesma linha argumentativa, o Agita São Paulo toma o sedentarismo como um mal. Sua demonização e, por conseguinte, a sacralização da atividade física servem para colocar os opositores do sedentarismo na condição messiânica de mensageiros do bem. Esse é o papel que muitos parceiros do Agita São Paulo tomam para si. Muitos acreditam fielmente que disseminando a atividade física na população estão agindo em nome do bem e ajudando a construir uma sociedade mais saudável. Ninguém me contou isso. Eu mesmo vi nos semblantes de muitos parceiros do Agita São Paulo nos simpósios do CELAFISCS de que participei. Numa das reuniões do Agita São Paulo, um de seus parceiros orgulhava-se de ter conseguido fazer com que os idosos de sua cidade se alongassem enquanto aguardavam o atendimento na fila dos correios. O que quero destacar aqui não é se o sentimento que move os mensageiros do agito é idôneo ou não, mas a capacidade que o Agita São Paulo tem de ofuscar as causas sociais das doenças, transformando a atividade física em panacéia para todos os males; em outras palavras, biologizando o social.

A solução é “simples e barata”, “basta [sic.] pelo menos 30 minutos de atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, se possível todos, e no mínimo cinco, para que nós consigamos corrigir todos esses problemas, preveni-los e algumas vezes tratá-los também” (Agita São Paulo, 2006, 2’43” a 3’43”). Se no filme tive que ler nas entrelinhas que problemas podem ser corrigidos com os 30 minutos de atividade física, o mesmo trabalho não tive para identificá-los nas principais publicações do Agita São Paulo (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998; 2002). Logo após a afirmação de que “o indivíduo que deixa de ser sedentário para ser um pouco ativo diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.28), são apresentados os benefícios da atividade física, “detectáveis tanto em adultos como em crianças e idosos” (*id.*, p.29) (Figura 18):

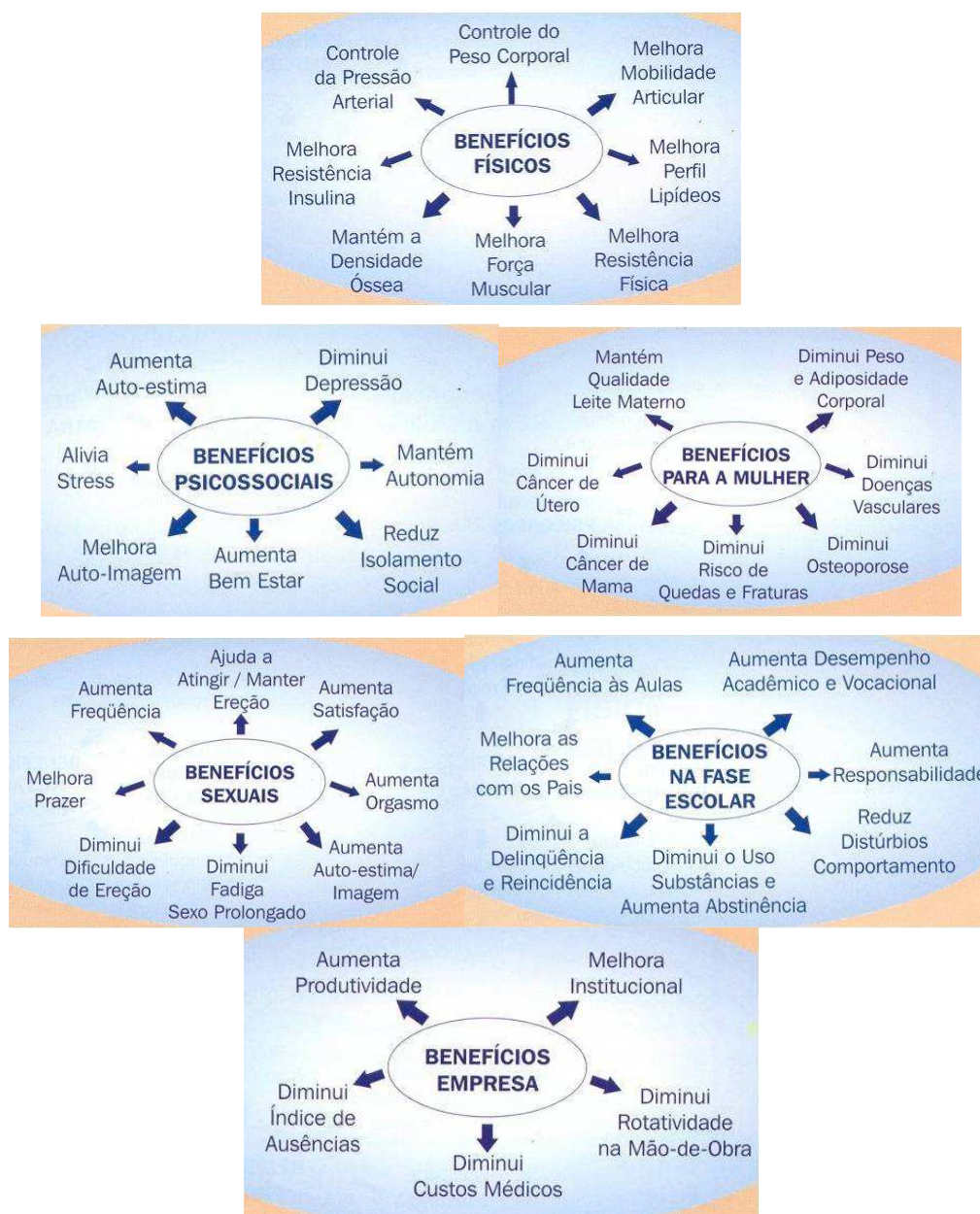


Figura 18 – Benefícios da Atividade Física, segundo o Agita São Paulo (Fonte: Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.29-30).

Mesmo que todos esses benefícios (Figura 18) estejam apoiados em associações estatísticas significativas (com todas as limitações desse tipo de abordagem quantitativa), o Agita São Paulo apresenta a atividade física como a *causa* dos benefícios, investindo-a de um poderio que se estende para praticamente todas as esferas da vida. Assim, com 30 minutos de agito diário, além de se obter benefícios fisiológicos, consegue-se reduzir a delinqüência, a depressão, a dificuldade de ereção, o absenteísmo e a rotatividade da mão-de-obra, entre outros (Figura 18). Pelo visto, para o Agita São Paulo, a atividade física é vacina também para o corpo social. Vejamos outras associações elevadas à condição de *causa* por Matsudo, que servem para obscurecer os

determinantes sociais das doenças, culpabilizar a vítima e, em alguns casos, eximir o poder público de sua responsabilidade:

“O sedentarismo tem um custo elevado para a humanidade. Uma pessoa sedentária vai utilizar mais os serviços médicos, vai realizar mais exames, vai freqüentar mais o hospital, vai faltar mais ao trabalho, vai produzir menos. Isto, fora os custos que não se podem medir. Ela vai ser um obstáculo para a família, podendo deixar de ser respeitada como líder em sua casa e tornando-se um vetor de depressão. Hoje, dois terços do dinheiro investido em Saúde estão sendo utilizados em gastos com problemas relacionados ao sedentarismo. **As filas do INSS, os consultórios médicos cheios e o uso exagerado de convênios médicos vão continuar se o problema do sedentarismo não for encarado com seriedade pelas autoridades.** A inatividade contribui para o aumento da resistência à insulina, abrindo o caminho para o diabetes; o acúmulo de gordura será maior, proporcionando altas taxas de colesterol; haverá uma diminuição do metabolismo do colesterol, que será depositado nas artérias, acarretando a hipertensão. A sociedade está pagando pela solução deste problema. Resumindo: quando o seu vizinho não faz exercícios, você é quem paga [grifos meus]” (CONFEEF, 2002, p.31).

Reparem a biologização do social e a culpabilização da vítima em algumas conexões causais feitas pelo coordenador geral do Agita São Paulo: as pessoas sedentárias são responsáveis pelas filas do INSS, um estorvo para a família e a sociedade, um custo para os cofres públicos e desencadeantes do diabetes e da hipertensão. Em 1981, a partir da associação estatisticamente significativa entre alguns aspectos de um estilo de vida homossexual e uma síndrome que surgia à época, o que hoje conhecemos por SIDA foi chamado de Praga *Gay*, Câncer *Gay* e Síndrome *Gay*. Difícil negar a influência de valores morais nesse processo, assim como a produção de subjetividades. Guardadas as devidas proporções, que valores morais e subjetividades permeiam e, ao mesmo tempo, são produzidos pelo Agita São Paulo ao demonizar a pessoa que não pratica 30 minutos de atividade física por dia e considerá-la um estorvo para a sociedade? A demonização do sedentarismo e, por extensão, de seus adeptos é uma atitude “honestamente desonesta” (Davison, Smith, Frankel, 1991) de induzir as pessoas a mudar de comportamentos.

Mas o repertório de associações comportamentais do Agita São Paulo não pára aí. Por exemplo, “quem sobe três andares de escadas por dia tem 50% menos risco de morrer por problemas cardiovasculares” (CONFEEF, 2002, p.31); “famílias que têm cachorro morrem menos de infarto do miocárdio” e “o homem pobre tem 4 vezes menos chance de fazer atividade física do que o homem rico” (Matsudo, 2007). Além disso, filhos de mães ativas têm 2 vezes mais chances de serem ativos do que filhos que têm

pai e mãe sedentários. Já quando o pai é ativo, os filhos têm 3,5 vezes mais chances de serem ativos. E, quando ambos os pais são ativos, a chance de os filhos serem ativos é 6 vezes maior que a de filhos de pais sedentários (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [entre 1997 e 2002]). Todas essas associações fartamente apontadas e alardeadas pelo Agita São Paulo são geradas no arcabouço epidemiológico que, por sua vez, está fundado no modelo multicausal. Apesar de seus pontos positivos, esse modelo explicativo para as causas das doenças pode facilmente ser usado como forma de manutenção do *status quo*. Tesh (1990) apresenta algumas explicações para isso. Primeiro, o caráter não-hierárquico do modelo permite que os que têm algo a perder com determinada ação de saúde pública aponte outra variável como causa a ser focada. Segundo, há uma lacuna entre o que é prometido pelo modelo multicausal e o que, de fato, é obtido. A impossibilidade de o dispositivo epidemiológico apreender fenômenos não quantificáveis e essencialmente relacionais (como é o caso do poder) mantém as investigações das causas das doenças em fatores de risco identificáveis, objetivos, mensuráveis. Ignora-se, assim, a complexa relação entre os fatores sociais, o que constitui um dos pontos fortes da perspectiva multicausal.

Com isso, Tesh (1990) nos ajuda a entender porque Matsudo advoga o Agita São Paulo, visceralmente ligado ao Estado, para as mulheres sedentárias mais pobres (que têm uma chance 15 vezes maior de serem sedentárias em comparação com as mulheres menos pobres), sem citar (e muito menos focar) a necessidade de mudanças concorrentes na ordem social, política e econômica, especialmente no que diz respeito à redistribuição de renda e de poder (Matsudo, 2007). Trata-se, portanto, de um discurso que veicula o agito de corpos dóceis, afeitos à manutenção da atual ordem socioeconômica. Dessa forma, fica clara a abordagem biologicista do Agita São Paulo e sua opção pela classe dominante.

Mas o Agita São Paulo precisa se mostrar como um movimento politicamente correto (Fraga, 2006), de vanguarda e democrático. Sem isso, fica difícil penetrar nas consciências humanas e nos diferentes espaços político-institucionais:

“O Agita São Paulo estudou todos estes fatores [obstáculos à adesão à prática de atividades físicas] e apresentou propostas de **inclusão** para qualquer um. Não adianta ter um programa que exclua os indivíduos por causa do fator financeiro. É um projeto que visa proporcionar saúde num país pobre. **Não adianta fazer um discurso para a classe dominante.** Menos de 10% da população brasileira tem condições de frequentar academias ou clubes. Eu estaria sendo cínico se dissesse que todos os brasileiros têm que ir para as academias. O importante é criar oportunidades para que todos, sem restrições, possam realizar 30 minutos diários de

atividade física, dentro de suas possibilidades e com prazer [grifos meus]” (CONFEEF, 2002, p.31).

Na superfície, um discurso aparentemente politicamente correto. Quer dizer, apenas para os incautos. Ao mesmo tempo em que Matsudo atesta que seu discurso não se dirige à classe dominante, afirma que “menos de 10% da população brasileira tem condições de freqüentar academias ou clubes” e, como forma de incluir os 90% restantes, propõe a prática de “30 minutos diários da atividade física”. Mais uma vez, Matsudo ‘esquece’ de ao menos apontar a necessidade de mudanças na ordem social, política e econômica para que todos tenham condições e possam (se assim quiserem) praticar atividades físicas, na academia, no clube ou onde quer que seja. Ele mais uma vez ‘esquece’ que a mascote do Agita São Paulo prega a prática da atividade física abrindo portões eletrônicos, nadando em piscinas, sugerindo a troca do carro pelo transporte público, lavando seu próprio automóvel, cuidando do jardim, levando o cachorro para passear, isto é, centrando o foco no indivíduo e em práticas nada usuais para os outros 90% da população brasileira.

Mas tudo isso é apenas um detalhe já que um dos princípios do Agita São Paulo, apontado como inovador, é a inclusão (Matsudo, 2002; Matsudo *et al.*, 2002a; 2002b; 2003a; Matsudo, Matsudo, 2005), entendida, porém, como a facilitação do acesso de grandes segmentos populacionais à prática da atividade física (Matsudo *et al.*, 2001; Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002), o que seria viabilizado não por mudanças estruturais na sociedade, mas pela emergência de uma nova recomendação (Pate *et al.*, 1995) que, na prática, reduz o tempo (30 minutos), a intensidade (leve ou moderada) e a forma (contínua ou fracionada) da atividade física considerada suficiente para a melhoria da saúde. O Agita São Paulo trata esse novo enfoque como uma mudança paradigmática (Matsudo *et al.*, 2001) que implica a substituição dos tradicionais e ineficazes jargões ‘esporte’ e ‘aptidão física’ (temas, até meados da década de 90, priorizados pelo CELAFISCS) por ‘vida ativa’ e ‘atividade física para a saúde’ (Matsudo *et al.*, 2002a). ‘Mudança paradigmática’ que coloca o indivíduo como foco das ações e a mudança de estilos de vida como a solução para os problemas de saúde pública. Nada muito novo.

Às vezes, porém, o Agita São Paulo parece ir além da abordagem meramente individualista, por exemplo, quando reconhece que “o maior desafio é criar programas de mudança de comportamento da população que considerem o contexto econômico, político, social e cultural de um país em desenvolvimento” (Governo do Estado de São

Paulo/CELAFISCS, 2002, p.18). Em outros momentos, reconhece que a adesão a um comportamento fisicamente ativo é um processo bastante complexo e, para dar conta dessa complexidade, apóia-se em um modelo ecológico de promoção da atividade física, proposto por Sallis e Owen (1999), segundo o qual as ações não devem focar apenas os indivíduos, mas também os fatores sociais e o ambiente físico, tanto o natural quanto o construído (Matsudo *et al.*, 2006a). A perspectiva que embasa tal modelo é a socioecológica, elaboração teórica que, para dar conta da intrincada multiplicidade de fatores intervenientes na saúde humana, toma justamente como idéia central o vínculo indissociável entre indivíduo e ambiente, elaboração bem mais complexa que uma perspectiva essencialmente individual. O fato de os indivíduos não poderem ser tratados isoladamente do ambiente onde vivem, trabalham e se divertem, necessariamente inclui a influência dos fatores sociais, políticos e econômicos na análise das causas das doenças (Green, Poland, Rootman, 2000; Lawson, 1992; McLeroy *et al.*, 1988).

Quando leio trechos como esse no discurso do Agita São Paulo, imagino que nem tudo está perdido, que é possível achar uma luz no fim do túnel. Ledo engano. Ao abordar a influência do ambiente social, um dos elementos do modelo ecológico, o Agita São Paulo aponta a importância de se criar um ‘clima social favorável’ à adesão à atividade física, mas, novamente, as estratégias sugeridas são desalentadoras. Nenhuma delas visa mudanças mais radicais no ambiente social (como a redução da desigualdade entre as classes sociais). Pelo contrário, as estratégias, apresentadas como forma de reforçar o comportamento fisicamente ativo, limitam-se à (a) criação de versões da mascote ‘Meiorito’ identificadas, nos trajes e nos nomes, com a população de determinada região a que se destina a mensagem; (b) ampliação da audiência capaz de reconhecer o nome do programa e seus objetivos (Matsudo *et al.*, 2006a), (c) realização de parcerias com o poder público para a criação de datas comemorativas (Matsudo *et al.*, 2004a)⁹⁸ e a realização de mega-eventos (Matsudo *et al.*, 2004a; 2004b).

Aliás, boa parte do filme (de 4’30” a 6’40”) é dedicada à apresentação dos mega-eventos (Agita Trabalhador, Agita Galera, Agita Melhoridade, Agita Mundo – Dia Mundial da Atividade Física), além de outras ações e programas inspirados no Agita São Paulo realizados por órgãos públicos, empresas, hospitais, prefeituras e outras instituições. Ao longo desses dois minutos de filme, a narração em *off* dos eventos e das atividades é recheada por imagens de pessoas se movimentando nos espaços em que tradicionalmente são realizados (escolas, praças, parques, empresas, ruas). De fato, os

⁹⁸ O ano de 2002 foi instituído como o ‘Ano da Atividade Física’ e o dia 6 de abril como o ‘Dia da Atividade Física’ no âmbito do Estado de São Paulo (Governo do Estado de São Paulo, 2002).

mega-eventos são uma das principais estratégias adotadas pelo Agita São Paulo para a promoção da atividade física, a ponto de figurarem em seu calendário anual:

“[...] o Agita Trabalhador [...] [r]ealizado no dia 1º de maio, promove atividades em conjunto com as empresas, instituições e a comunidade. O Agita Galera, Dia da Comunidade Ativa, ocupa as mais de 6 mil escolas públicas do estado de São Paulo na última sexta-feira de agosto. [...] No dia internacional do idoso, em setembro, o Agita Melhoridade promove eventos divulgando atividades físicas adequadas aos indivíduos acima de 60 anos de idade” (Agita São Paulo, 2006, 4’53” a 6’40”).

A meu ver, há dois motivos principais para essa ênfase do Agita São Paulo nos mega-eventos. Primeiro, porque conferem grande visibilidade ao programa e a seus parceiros. Segundo, porque expressam nas ruas uma união (ao menos aparente) contra um ‘inimigo comum’: o sedentarismo. Realizados em locais públicos e envolvendo a distribuição de brindes como camisetas, bonés e garrafinhas de água (Saúde organiza..., 2007; Secretaria organiza..., 2007), “porque as pessoas gostam de levar algo para casa” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.70), esses eventos costumam reunir milhares de pessoas, “de distintas classes sociais, de diferentes faixas etárias e níveis educacionais” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.88). Afinal, quem pode ser contrário a atividades voltadas para a melhoria da saúde da população? Nesse caso, porém, além do discurso da saúde, há outro mote bastante eficiente para espaços marcados por carências de toda ordem: a oferta de serviços e a distribuição de materiais. Assim sendo, não é de se estranhar que a distribuição de brindes funcione como aglutinador tanto de voluntários (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002) como de multidões de participantes.

Entretanto, essa aparente unanimidade verificada durante os mega-eventos se manifestaria em outras iniciativas de amplo alcance populacional, igualmente voltadas para o aumento da prática de atividades físicas? Uma delas, que ampliaria o tempo disponível para a prática de atividades físicas, seria a redução da jornada de trabalho no Brasil, sem alteração salarial. Haveria, por exemplo, unanimidade entre empresários, governo e trabalhadores no que tange ao Projeto de Lei nº 160/2007, que ora tramita no Congresso brasileiro e estabelece a jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os trabalhadores brasileiros? Conseguiria o CELAFISCS reunir empresariado e trabalhadores em favor desse projeto, assim como o Agita São Paulo consegue promover “atividades em conjunto com as empresas, instituições e a comunidade” (Agita São Paulo, 2006) no dia do Trabalhador Ativo, mega-evento realizado em todo

dia 1º de maio? Ousaria afirmar que não conseguiria porque isso não lhe interessa, já que iniciativa desse tipo faria aflorar muito mais conflitos de interesses que consensos entre as partes envolvidas. E conflito é uma palavra que parece não fazer parte do dicionário do Agita São Paulo, que só faz emergir questões favoráveis aos interesses econômicos e políticos dominantes.

Como disse há pouco, apoiados na perspectiva ecológica, Sallis e Owen (1999) propuseram um ‘Modelo Ecológico de Influências na Atividade Física’, com o objetivo de melhor explicitar a relação entre os fatores intrapessoais e ambientais (físico e social) no processo de adesão à atividade física (Figura 19).

An Ecological Model of Influences on Physical Activity			
<i>Intrapersonal Factors</i>	<i>Social Environmental Factors</i>	<i>Physical Environment Factors</i>	
		<i>Natural Environment</i>	<i>Constructed Environment</i>
Demographics	Supportive behaviors	Weather	Information environment
Biological	Social climate	Geography	Urban/suburban environment
Cognitive/affective	Culture		Architectural environment
Behavioral	Policies governing incentives for activity/inactivity		Transportation environment
	Policies governing resources and infrastructures related to activity/inactivity		Entertainment infrastructure
			Recreation infrastructure

Figura 19 – Um Modelo Ecológico de Influências na Atividade Física (Fonte: Sallis, Owen, 1999, p.168).

Nos últimos anos, esse modelo vem sendo apresentado pelo Agita São Paulo como referência para suas ações, mas numa nova roupagem, chamada de ‘Gestão Móvel’ (Matsudo *et al.*, 2006a; 2006b; Matsudo *et al.*, 2005; Matsudo *et al.*, 2004a; 2004b) (Figura 20). Apresentada como inovadora, essa versão nada mais é do que a representação do modelo de Sallis e Owen (1999) na forma de um móvel. A intenção declarada é a de ressaltar a mobilidade das três dimensões e dos elementos do modelo.

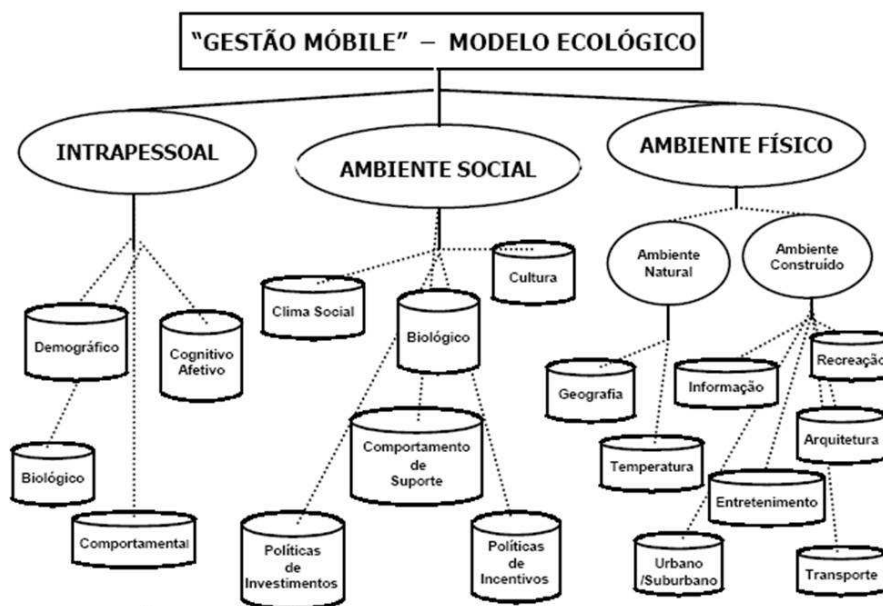


Figura 20 - Versão 'Móvil' do Modelo Ecológico proposto pelo Agita São Paulo (Fonte: Matsudo *et al.*, 2005, p.102).

Se, por um lado, modelos são limitados para expressar a complexidade de construções teóricas, por outro, podem oferecer pistas valiosas acerca de seus fundamentos. Nesse sentido, quero destacar dois aspectos, a meu ver, bastante elucidativos. Primeiro, a configuração do modelo como móvel, estrutura formada de elementos individuais, suspensos por fios e distantes entre si. Segundo, a afirmação de que o desequilíbrio provocado no móvel pelo sucesso na intervenção em um de seus elementos constitutivos demandaria ações em outros elementos a fim de reequilibrá-lo (Matsudo *et al.*, 2004b). Difícil não associar o 'móvil sócio-ecológico' do Agita São Paulo a uma concepção funcionalista de sociedade. Segundo essa abordagem, vivemos num sistema social composto por partes interdependentes que funcionam em equilíbrio, tal como o modelo biomédico percebe o funcionamento do corpo humano. De forte viés conservador, a abordagem funcionalista ignora a história das sociedades, naturalizando-as. Por evitar reconhecer o conflito, não oferece explicações para a mudança que, quando ocorre em uma parte do sistema social, parece ameaçar todo o conjunto. Uma abordagem, portanto, nada favorável ao ativismo político (Tesh, 1990).

Insisto, porém, em afirmar que o Agita São Paulo precisa se mostrar como um programa politicamente correto, de vanguarda e, sobretudo, afinado a princípios democráticos. Em 2006, por exemplo, o Agita São Paulo celebra uma parceria com o Instituto Ethos⁹⁹, cuja responsabilidade inicial é capacitar os membros do Agita no que

⁹⁹ "O Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social é uma organização não-governamental criada com a missão de mobilizar, sensibilizar e ajudar as empresas a gerir seus negócios de forma

se refere ao tema ‘responsabilidade social’. Sem dúvida, o Agita São Paulo se esforça em agregar ao seu discurso expressões que o associem a ações politicamente corretas. Afinal de contas, ele é citado como referência por organizações como OMS e OPAS (entre outras), além de ser tomado por governos e Secretarias de Saúde de vários Estados como um programa afinado com os princípios do SUS. José da Silva Guedes, Secretário de Saúde do Estado de São Paulo na ocasião do nascimento do programa e, hoje, um de seus consultores técnicos (Brasil, 2006c), chega mesmo a destacar a sintonia do Agita São Paulo com o SUS (Guedes, 2003).

E por que tudo isso? Porque a transferência de recursos financeiros do Estado de São Paulo para o custeio de gastos do Agita São Paulo vem sendo fundamentada juridicamente nas Leis Orgânicas Federais 8080/90 e 8142/90 (Diário Oficial do Estado de São Paulo, 2002), ou seja, nas leis que regulamentam o SUS na Constituição Federal brasileira. A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Consultando o Diário Oficial do Estado de São Paulo, é possível saber o montante exato dos valores que vêm sendo transferidos para o CELAFISCS levar adiante o Agita São Paulo. Mas não é isso o que quero destacar aqui, e sim o fato de a transferência de recursos para o Agita São Paulo apoiar-se no SUS, cujos princípios de universalidade, democracia, descentralização e participação, ao menos do ponto de vista legal e normativo, são semelhantes aos da Promoção da Saúde (Castro, Malo, 2006b; Morais Neto, Castro, Gosch, 2006; Carvalho *et al.*, 2004; Mercadante, 2002).

A Promoção da Saúde, de fato, vem servindo de abrigo para o Agita São Paulo. Por exemplo, nas justificativas do programa para o uso do Agitol há um detalhe aparentemente curioso. O Agita São Paulo vê o Agitol como um “bom exemplo para se encorajar a substituição da tradicional forma de tratar a doença pela **abordagem da [P]romoção da [S]aúde** [grifo meu]” (Matsudo *et al.*, 2002a, p.256). “Em suma, o Agitol fornece uma **abordagem clássica de [P]romoção da [S]aúde** utilizando a

socialmente responsável, tornando-as parceiras na construção de uma sociedade sustentável e justa. Seus 1337 associados – empresas de diferentes setores e portes – têm faturamento anual correspondente a aproximadamente 35% do PIB brasileiro e empregam cerca de 2 milhões de pessoas, tendo como característica principal o interesse em estabelecer padrões éticos de relacionamento com funcionários, clientes, fornecedores, comunidade, acionistas, poder público e com o meio ambiente” (Fonte: <<http://www.ethos.org.br/DesktopDefault.aspx?TabID=3334&Alias=Ethos&Lang=pt-BR>>. Acesso em: 21 fev 2008.). Nada mal para os planos expansionistas do Agita São Paulo.

estratégia de prevenção de doenças por meio da mudança comportamental” [grifo meu] (Matsudo, Matsudo, 2005, p.146).

À primeira vista, parece haver uma total confusão e imprecisão de conceitos nessa afirmação de representantes do Agita São Paulo. Ainda que essa “abordagem clássica” se refira à comportamentalista (discutida no capítulo I), ela não surge em oposição a um sistema de saúde curativo, ainda centrado, portanto, na tecnologia médica e no uso de medicamentos? Como pode, então, o Agitol ser tomado como um caminho que levaria à substituição da tradicional forma de tratar a doença pela abordagem da Promoção da Saúde? Uma leitura mais atenta, porém, revela que não é bem isso o que os representantes do Agita São Paulo parecem dizer. No fundo, embora eles tratem a atividade física segundo a lógica biomédica, não a vêem como um remédio ‘tradicional’. As pílulas do Agitol, ainda que materializadas por um de seus medicamentos similares, o Mexil (Figura 21), são imaginárias, virtuais (Matsudo, 2007).



Figura 21 – Comprimidos de Mexil, medicamento similar do Agitol.

No fundo, os mensageiros do ‘agito’ parecem atribuir o vanguardismo do Agitol a essa virtualidade. Eles vêem a atividade física como uma forma de evitar o uso de medicamentos tradicionais empregados no tratamento da hipertensão, do diabetes, da osteoporose, da depressão (Matsudo, 2007). Assim, para o Agita São Paulo, o hábito de praticar atividade física é sinônimo de prevenção, noção que embasa a abordagem de Promoção da Saúde que emerge com o Informe Lalonde, centrada em mudanças comportamentais individuais, leia-se, estilos de vida.

Portanto, por mais que seja possível analisar as estratégias do Agita São Paulo segundo a lógica biomédica, limitar a análise a essa abordagem significaria desconsiderar outros aportes teóricos por meio dos quais o Agita São Paulo vem se perpetuando como um dos principais programas brasileiros de promoção da atividade física. Um desses aportes é a ‘teoria dos estilos de vida’ (Tesh, 1990). Usada para explicar as causas das doenças não-transmissíveis (o que a ‘teoria do germe’ não conseguia fazer), a ‘teoria dos estilos de vida’ destaca o papel dos comportamentos

individuais na gênese dessas doenças. De certa forma, porém, assemelha-se à ‘teoria do germe’ por entender a doença como um evento individual (Tesh, 1990). Por outro lado, rejeita a unicasalidade da doença. Em vez disso, enfatiza a inter-relação de variáveis, sobretudo as que podem ser controladas pelo indivíduo.

E o que faz com que a ‘teoria do estilo de vida’ seja tomada como elemento central nas políticas de saúde e tão popular aos olhos tanto do poder público quanto da população em geral? Para Tesh (1990), há três explicações para isso. Primeiro, porque as práticas requeridas por essa abordagem são identificadas com o individualismo e com grupos sociais emergentes, isto é, bem sucedidos economicamente. Praticar exercícios e comer moderadamente são exemplos de comportamentos associados a esses grupos. Segundo, porque, numa época de incertezas, é confortável pensar que o comportamento individual pode reduzir o risco de doenças e, no limite, de morte prematura. É cômodo admitir que pelo menos algumas doenças resultam de circunstâncias sobre as quais o ser humano tem controle. Além disso, sugere que a saúde pode ser obtida sem mudanças socioeconômicas mais profundas. E, terceiro, porque acena com a possibilidade de redução dos gastos com a saúde curativa sem expressiva contrapartida governamental. Isto é, a ‘teoria do estilo de vida’ é extremamente compatível com a política econômica predominante, fundada no rígido ajuste fiscal.

No filme, logo após a exposição dos mega-eventos e de programas desenvolvidos em parceria com outras instituições (de 4’30” a 6’40”), há uma passagem que denota muito bem a simbiose que ações focadas na mudança de estilos de vida têm com políticas econômicas neoliberais. E para testemunhar esse casamento perfeito, nada melhor que um representante do governo, Vitor Lippi, prefeito de Sorocaba, uma das cidades que, desde 1998, tomam o Agita São Paulo como referência para “mudar [seu] modelo de saúde, trabalhando o comportamento (estilo de vida) e promoção à saúde” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2004; 2005; 2006, respectivamente, p.68; 146; 148):

“Portanto, esse é o grande desafio das políticas públicas nos municípios: incentivar a população a ter uma vida mais saudável. E pra isso, nós precisamos contar com todos os profissionais de saúde, dos profissionais da atividade física, os educadores dos nossos municípios para que a gente possa ter uma população cada vez mais saudável, uma população que tenha menos doença e uma população que possa ser mais feliz. Isso tudo pode ser conseguido a um custo extremamente baixo, praticamente a um custo zero, basta vontade política. E pra isso nós temos aí a parceria da Secretaria Estadual de Saúde, ajudando e assessorando os municípios nesse projeto que é de fundamental importância para reduzir os custos da saúde e melhorar

a qualidade de vida da nossa população [grifo meu]” (Agita São Paulo, 2006, 6’41” a 7’27”).

Reparem que Vitor Lippi desloca a responsabilidade da saúde para os indivíduos. O desafio das políticas públicas é, a despeito do contexto socioeconômico, induzir a população a adotar estilos de vida fundados em prescrições epidemiológicas. Mas o grande desafio é fazer tudo isso sem que o indivíduo se dê conta. É fazê-lo achar que ao adotar estilos de vida considerados saudáveis (por exemplo, agitar-se 30 minutos todos os dias) está “carimbando o passaporte da saúde” (Matsudo, 2007) e, ao mesmo tempo, contribuindo para uma sociedade mais saudável. Para isso, nada melhor que o discurso do estilo de vida que, via de regra, vem impregnado da lógica economicista: “Isso tudo pode ser conseguido a um custo extremamente baixo, praticamente a um custo zero” um “projeto [...] de fundamental importância para reduzir os custos da saúde” (Agita São Paulo, 2006, 6’41” a 7’27”).

Presencia-se, assim, um desfile de dados estatísticos e projeções econômicas (ainda que fundadas em premissas questionáveis) para justificar a importância de um estilo de vida ativo. De sua parte, o Agita São Paulo esmera-se em apontar sua exposição na mídia como medida de impacto. E faz isso calculando (a) o potencial de audiência em inserções televisivas; (b) a área (em cm²) das reportagens publicadas sobre o programa nos veículos impressos; e (c) a lembrança que a população tem da logomarca e da mensagem central do Agita São Paulo. No final das contas, mas apenas considerando o tempo de TV(!), os “cofres públicos deixam de gastar treze milhões de dólares em publicidade e promoção do programa” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.38). Para corroborar tamanho impacto, o Agita São Paulo também avalia o “nível de atividade física da população nos diferentes focos do programa: criança, trabalhador e idoso, utilizando o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)” (*id.*, p.41).

Fora esses dados, creio que os mais emblemáticos foram apontados no Relatório do Banco Mundial; sim, o mesmo que citei atrás, que teve Marcia Westphal como autora de um de seus documentos base. O destaque do banco no cenário mundial, organização internacional vinculada à ONU que visa à redução da pobreza no mundo, não poderia ser melhor propaganda da *mercadoria* Agita São Paulo, ou da “marca Agita” (Agita São Paulo, 2006, 2’04” a 2’40”). Bem,

pelo menos essa é a conotação dada ao Agita São Paulo no Relatório do Banco Mundial:

“Ele [o Agita São Paulo] é econômico e é considerado **uma ótima ‘compra’** em termos de custo-efetividade (custo por DALY economizada)” (World Bank, 2005, p.33);

[...] “programas como o Agita São Paulo custam bem menos que as economias feitas com tratamento. A análise feita neste relatório calcula que a expansão de tais programas para cobrir 25% da população economizaria 135.800 DALYs e teria uma efetividade de custo de US\$247 por DALY” (id., p.70).

“No cenário provável, essas economias chegariam a US\$ 310 milhões [...] [grifo meu]” (id., p.59).

Reparem que a ‘economia’ supostamente obtida com o Agita São Paulo é medida com base em DALYs. Mas o que vem a ser essa unidade de medida? Embora não caiba aqui aprofundar a discussão sobre DALY¹⁰⁰, vejamos em linhas gerais do que se trata. DALY [*Disability-Adjusted Life Years*] é um indicador de base econométrica que combina dados de mortalidade (anos de vida perdidos por óbito precoce) com dados de morbidade (grau e tempo de incapacidade devido a uma dada patologia) (Almeida Filho, 2000) e, algebricamente, pode ser expresso da seguinte maneira: $DALY_i = AVP + AVI$, onde AVP = anos de vida perdidos; AVI = anos vividos com incapacidades; e *i* a designação da patologia ou grupo de morbidade para o qual se computam os casos ou óbitos (Almeida Filho, 2000). Simplificando ainda mais, um DALY pode ser entendido como um ano de vida saudável perdido (Almeida Filho, 2000). Isso posto, o que diz o trecho acima extraído do Relatório do Banco Mundial? Diz que se iniciativas como o Agita São Paulo cobrissem 25% da população, evitariam a perda de 135.800 anos de vida saudável, o que representaria um custo de US\$ 247 para cada ano de vida economizado, mas que, por sua vez, geraria uma economia de US\$ 310 milhões para o erário público com custos no tratamento das doenças. Que gestor público não se sentiria seduzido por tais promessas?

Ainda que reconheça que a adoção do conceito de DALY represente uma redução da noção de saúde a perfis de doenças e um recuo ao modelo biomédico (Almeida Filho, 2000), o que quero destacar aqui é a lógica economicista que embasa o referido Relatório e as ações do Agita São Paulo. Uma lógica que subjaz à série de associações que se inicia com a probabilidade de o discurso cognitivista

¹⁰⁰ Para isso, sugiro a leitura de Almeida Filho (2000).

e coercitivo do Agita São Paulo promover mudanças reais de comportamento e termina com a emersão de verdades na forma de cifras: o “banco mundial **concluiu** que o Agita São Paulo **conseguiu economizar 310 milhões de dólares** no setor saúde [grifos meus]” (Matsudo *et al.*, 2006a, p.189). Se a regra das associações funda-se em cálculos probabilísticos, pressupõe o ‘controle’ do contexto social e é passível de mudanças no futuro é tão-somente um mero detalhe. Algo que não costuma ser destacado quando o mais importante é vender “**programas que ajudem a construir saúde ao invés [sic.] de continuarmos a só pagar doenças** [grifo no original]” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002, p.18). E o pior de tudo (ou melhor, dependendo do ponto de vista), se a mercadoria não gera os resultados prometidos (como milhões de dólares de economia para a saúde), a culpa recai sobre os indivíduos que não foram capazes de agir racionalmente e mudar seus estilos de vida. E, nesse caso, qual é a solução proposta? Mais coerção, mais controle, mais apelos à racionalidade humana e, principalmente, mais iniciativas semelhantes à do Agita São Paulo, de preferência na forma de política pública.

E é exatamente essa mensagem que emerge na seqüência do filme. Logo após o testemunho do prefeito de Sorocaba (Agita São Paulo, 2006, 6’41” a 7’27”), ao mesmo tempo em que aparecem cenas de pessoas se exercitando, nomes e logos de alguns parceiros do Agita São Paulo e imagens do mega-evento Agita Mundo, o narrador (voz em *off*) afirma que:

“Hoje em dia, **mais de 150 prefeituras desenvolvem o Agita como política local de promoção da saúde**. [...] O trabalho do CELAFISCS ultrapassou fronteiras. **O conhecimento produzido no desenvolvimento do conceito Agita levou o programa a outros estados brasileiros e países das Américas e Europa** [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, 7’33” a 8’17”).

E essa ampla expansão do Agita São Paulo para outras freguesias é, na seqüência, reiterada por seu coordenador geral, Victor Matsudo:

“O Agita São Paulo inspirou, devido ao seu impacto positivo, o Agita Brasil. **O Agita São Paulo inspirou a formação de programas por todas as Américas, primeiro na Colômbia, depois na Argentina, depois na Guatemala, na Venezuela, no México, no Canadá, enfim, todo continente americano hoje está unido numa rede, chamada RAFA (Rede das Américas para a Promoção da Atividade Física), que foi o Agita São Paulo que inspirou e coordena. O Agita São Paulo também inspirou a Organização Mundial de Saúde a celebrar o Dia Mundial da**

Saúde aqui em São Paulo e em todo mundo. A Diretora mundial esteve aqui, dando início às festividades e às celebrações do Agita Mundo [grifos meus]” (Agita São Paulo, 2006, 8’19” a 9’01”).

Tamanho ‘sucesso’ do Agita São Paulo não poderia dar em outra coisa, senão em sua adoção como política pública:

“O programa Agita São Paulo é modelo de política pública para a promoção da saúde e bem-estar social. Com baixo custo de implantação e alto poder de mobilização popular, o Agita integra prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, educação para a vida e cidadania ativa” (Agita São Paulo, 2006, 9’09” a 9’35”).

No entanto, uma política de saúde ‘pública’ que consiste em exortar os indivíduos a mudar seus comportamentos está muito mais para uma estratégia de proteção das instituições do que de transformação das condições de saúde da população (Tesh, 1990). Na melhor das hipóteses, seus formuladores têm uma visão míope do papel das políticas públicas, o que fica bastante claro quando consideram que *mobilização popular* equivale ao ato de colocar pessoas nas ruas e que *cidadania ativa* se equipara à prática regular de atividades físicas.

Mas, mesmo assim, o Agita São Paulo não pode parar. “Pula, caminha, não pode parar [...]” (Agita São Paulo, 2006, 9’45” a 10’52”). Assim começa a canção que fecha o filme, ilustrada por imagens do mega-evento Agita Mundo e por um texto que atesta o ‘sucesso’ do Agita São Paulo:

“Uma avaliação realizada em todo o Estado de São Paulo revela o alcance do programa Agita em São Paulo: parceria com mais de 350 instituições e em torno de 24 milhões de pessoas atingidas pela mensagem sendo que 520 mil paulistas por ano adotam a caminhada como parte de suas atividades cotidianas. Estes são nossos índices de impacto, reconhecidos por instituições nacionais e internacionais; sendo a nossa principal motivação para acreditar que, junto com você, podemos fazer muito mais pela saúde da população. Agita São Paulo! Agita Brasil! Agita América! Agita Mundo!” (Agita São Paulo, 2006, 10’04” a 10’44”).

Por isso, o Agita São Paulo não pode parar. Suas parcerias, o número de pessoas atingidas por sua mensagem e pela prática da atividade física são seus índices de impacto reconhecidos nacional e internacionalmente. Mas ainda é possível fazer muito mais pela saúde da população. Para isso, basta que *você* mude seu comportamento, basta que adote um estilo de vida ativo, esteja em São Paulo, no Brasil, nas Américas ou em qualquer outro lugar do mundo. Essa é a mensagem final do filme, assinado pelo Agita

São Paulo e, em seguida, pelo CELAFISCS, cujo logotipo é tanto a primeira quanto a última imagem a aparecer na tela.

O ‘Agita São Paulo’ (2006) é um filme institucional e, como tal, serve-se com fartura da linguagem expositiva. Em boa parte do filme, o programa Agita São Paulo, suas justificativas, relevância e estratégias são apresentadas por um narrador invisível: ‘voz de Deus’. Assim, ficou conhecida essa forma de veiculação da mensagem que caracteriza o modo expositivo clássico de representação fílmica, que surge nos anos 20 por conta da insatisfação de diretores como Grierson e Flaherty com o caráter distrativo e diversionista dos filmes ficcionais (Nichols, 1991). Mais tarde, entretanto, o documentário expositivo viria a sofrer críticas por sua qualidade moralizante, pois o comentário descorporificado, aliado à objetividade e à segurança na emissão do julgamento, confere autoridade à mensagem e, por conseguinte, inibe dúvidas e questionamentos.

O modo expositivo também pode acomodar entrevistas que, no entanto, tendem a estar subordinadas ao argumento do próprio filme, argumento esse freqüentemente veiculado por meio da ‘voz de Deus’ ou por autoridades que aparecem para reforçá-lo (Nichols, 1991). É exatamente esse o caso do filme ‘Agita São Paulo’. Além da voz do narrador em *off* (‘voz de Deus’), há depoimentos do coordenador geral do Agita São Paulo, Victor Matsudo, e do prefeito de Sorocaba, Vitor Lippi, que corroboram ou acrescentam informações àquelas veiculadas pelo narrador. Um detalhe, porém, chama a atenção: suas vozes nunca entram simultaneamente com suas imagens. Nas três aparições de Victor Matsudo, sua voz é ouvida em 1’32”, 2’44” e 8’19”, e sua imagem vista em 1’39”, 2’57” e 8’47”, respectivamente. No caso do prefeito de Sorocaba, sua voz surge em 6’41” e a imagem em 6’49”. Isto é, por instantes que seja, suas vozes soam como a ‘voz de Deus’. Forma sutil e eficiente de imputar aura de verdade à fala dos depoentes. A eficácia dessa estratégia só não é maior do que a do uso consagrado da voz do narrador em *off*, que, por sinal, conclui o filme afirmando que o **“programa Agita São Paulo é modelo de política pública para a promoção da saúde e bem-estar social [grifo meu]”** (Agita São Paulo, 2006, 9’09” a 9’35”). Resta saber de que Promoção da Saúde se está falando...

Considerações Finais

De fato, por tudo que vimos até aqui, não é possível falar em uma única Promoção da Saúde. A disposição com que essa expressão vem sendo utilizada, a ponto de caracterizar um processo de ‘sloganização’ da Promoção da Saúde, impõe aos que dela se aproximam as incômodas (porque esclarecedoras) indagações: de que Promoção da Saúde se está falando? Que Promoção da Saúde é essa em cujas idéias busco apoiar minhas ações no campo da saúde? A que interesses podem atender certas iniciativas rotuladas como de Promoção da Saúde? Bem, no que se refere ao Agita São Paulo, suponho – na verdade, conto com isso – que o(a) leitor(a) já tenha idéia da concepção de Promoção da Saúde que permeia suas ações, afinal, já estamos nas ‘Considerações Finais’ deste estudo. Aqui se condensam e destacam as principais idéias e argumentos que sustentam a proposição central deste trabalho, que se convencionou chamar de ‘tese’.

Antes, porém, de cumprir essa tarefa, quero abrir um pequeno parêntese para tratar, ainda que breve e superficialmente, de um ponto que cheguei a citar ao longo do texto: a afirmação de Tubino (2003) de que o Agita São Paulo é, hoje, o EPT perspectivado pela Promoção da Saúde. Inicialmente, pretendia desenvolver esse ponto, mas, para isso, teria que ter me aprofundado mais na discussão sobre o EPT, que, em última instância, não é o objeto deste estudo. Isso, porém, não me impede de fazer algumas considerações. Em primeiro lugar, cabe destacar que o autor da afirmação (Tubino, 2003) é um antigo simpatizante do EPT e, atualmente, assessor especial do Agita São Paulo. A meu ver, o EPT é citado como iniciativa de Promoção da Saúde na esteira da ‘sloganização’ da expressão. Primeiro, porque a Promoção da Saúde atualiza o discurso do EPT já que, a partir de meados dos anos 1990, a saúde passa a ser apontada como o principal motivo para a prática da atividade física. Segundo, porque o objetivo de democratização das práticas desportivas do EPT coaduna-se à noção de ‘inclusão social’ do Agita São Paulo: inserção de grandes segmentos populacionais na prática da atividade física, sem mudanças estruturais profundas na sociedade. Fecha parêntese.

No que se refere às questões principais deste trabalho, quero inicialmente destacar que o Agita São Paulo nasce marcado pela abordagem comportamentalista de Promoção da Saúde. A mensagem central – “30 minutos de atividade física...” – e as estratégias do programa fundam-se em uma Recomendação do CDC e do ACSM publicada em forma de artigo (Pate *et al.*, 1995). Esse artigo foi produzido com base em alguns documentos, entre os quais o ‘*Healthy People 2000*’ que, assim como o ‘*Healthy*

People 1979’, orienta a agenda nacional de Promoção da Saúde dos EUA (CDC, 2001) e está fundado no conceito de ‘Campo da Saúde’ difundido mundialmente pelo Informe Lalonde. A lógica, portanto, é essencialmente epidemiológica. A partir da identificação do sedentarismo como um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis, a mudança individual de comportamento – ou seja, de estilos de vida – é tomada como foco prioritário das políticas públicas de saúde.

O Agita São Paulo não apenas nasce, mas cresce e se desenvolve fortemente atrelado à abordagem comportamentalista de Promoção da Saúde. Nem mesmo a vinculação ou a simpatia pela ‘Nova Promoção da Saúde’ demonstrada por atores e instituições que o vêm sustentando midiática e/ou financeiramente (OMS, OPAS, Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo) foi suficiente para retirá-lo de lugar tão conservador. Ao longo de sua existência, o Agita São Paulo vem se mantendo à sombra da ‘Nova Promoção da Saúde’, mas com as raízes fortemente fincadas no modelo biomédico, ou seja, na abordagem comportamentalista/conservadora de Promoção da Saúde.

Ao Agita São Paulo, porém, não faltam esforços de se travestir de uma iniciativa afinada com as idéias da ‘Nova Promoção da Saúde’ ou com os princípios do SUS, por uma simples questão de sobrevivência. Seu discurso vem sendo permeado por termos e expressões como pioneirismo, inclusão social, cidadania ativa, mobilização social, *empowerment*, recorrentes em seus documentos. O uso desses termos, no entanto, não se sustenta à luz de uma análise mais cuidadosa do discurso do Agita São Paulo. Cidadania ativa é o ato de mexer o corpo como forma de ‘acumular’ saúde. Participação social restringe-se à divulgação da lógica do Agita São Paulo para outras freguesias. Inclusão social é a inserção de grandes contingentes populacionais na prática da atividade física por meio de uma recomendação supostamente universal e mais fácil de ser alcançada: 30 minutos por dia de atividade física moderada. Mobilização social equivale ao ato de colocar pessoas nas ruas participando dos mega-eventos ou, no máximo, de reivindicar reformas e adequações do espaço público para a prática da atividade física. *Empowerment* é o fortalecimento das parcerias por meio da disseminação das estratégias e do conceito central do Agita São Paulo sem que cada um dos parceiros tenha que criar um programa e uma nova agenda.

Posso atestar o caráter comportamentalista e conservador do Agita São Paulo por outros caminhos, por exemplo, valendo-me das ferramentas de análise apresentadas no capítulo I (Beattie, 1991; Caplan, 1993). Se tomo como referência o ‘mapa estrutural’ de Beattie (1991), situo o Agita São Paulo no quadrante formado pelos pólos individual

e autoritário (Figura 22), já que suas ações focam o indivíduo e tratam-no de forma autoritária, como receptor passivo de mensagens persuasivas. Como assinalei no capítulo II, é comum o *empowerment* ser usado para disfarçar a função de controle social exercida por agentes de saúde que se dirigem à população tomando conceitos formulados a priori como guias para a estruturação e a avaliação de suas ações (Grace, 1991). Esse é o caso do Agita São Paulo que, por meio de mensagens persuasivas, chama o indivíduo à razão, ‘vendendo’-lhe estilos de vida objetivamente moldados pela epidemiologia como a solução para seus problemas de saúde.

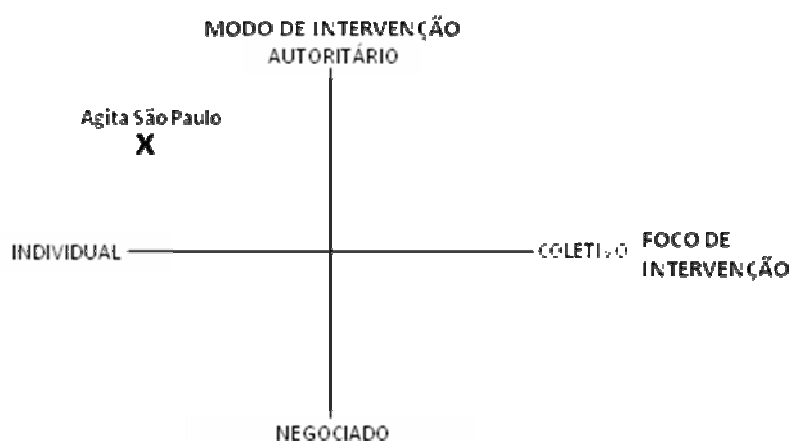


Figura 22 – O Agita São Paulo segundo o ‘Mapa Estrutural das Estratégias de Promoção da Saúde’ (Fonte: Beattie, 1991).

O uso do modelo de Caplan (1993) para analisar o Agita São Paulo também o coloca em lugar bastante conservador (Figura 23). O invariável apelo do Agita São Paulo à união de todos contra um inimigo comum e externo (o sedentarismo) serve para dissolver as diferenças sociais, culturais e econômicas e, em última análise, para manter a coesão social. Trata-se de estratégia que expressa uma concepção funcionalista de sociedade, sistema social composto por partes interdependentes que funcionam em harmonia e tendem ao equilíbrio, tal como representado no ‘móvil socio-ecológico’ do Agita São Paulo.



Figura 23 – O Agita São Paulo segundo o ‘Mapa de Abordagens Teóricas em Promoção da Saúde’ (Fonte: Caplan, 1993).

A abordagem epidemiológica do risco, que norteia as ações do Agita São Paulo, enquadra-se na perspectiva realista, segundo a qual o risco preexiste na natureza e pode ser determinado racionalmente por meio do conhecimento científico objetivo. Entretanto, o culto do Agita São Paulo à objetividade não se expressa apenas em sua concepção positivista de ciência, mas também quando estende a racionalidade do método epidemiológico, como algo natural, às decisões comportamentais individuais. Daí a inclusão do Agita São Paulo no quadrante que reúne ações fundadas na objetividade da ciência e na noção de sociedade como um todo harmônico (Figura 23).

O Agita São Paulo normatiza e ‘matematiza’ a vida, ou seja, a vê como resultado de processos racionais e mensuráveis. E faz isso de diferentes maneiras. A mudança de comportamento, um de seus objetivos principais, é esquadriada em fases que, por sua vez, são usadas para avaliar a efetividade de seus apelos à racionalidade humana. Surpreende-me tamanha simplificação do humano, como se a interação de seus condicionantes históricos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biológicos pudesse ser apreendida em três, cinco ou mais categorias. Além disso, a soma do tempo de atividade física (10 + 10 + 10 ou 15 + 15) e das calorias gastas diariamente é tomada pelo Agita São Paulo como um indicador de saúde. A noção de estilo de vida que orienta as ações do Agita São Paulo funda-se numa lógica matemática, mais especificamente em associações estatísticas entre variáveis.

Assim, o Agita São Paulo medicaliza a vida. Sim, porque transfere para o leigo a responsabilidade pelo domínio do saber médico, a ser exercido na forma de estilos de vida ativos e saudáveis. Para o Agita São Paulo, sedentário é também quem está em falta com o exercício da informação (Fraga, 2006), tanto sobre a mensagem central do

programa como sobre os benefícios da atividade física. Essa medicalização do ‘cotidiano social’ (Lupton, 1997) caminha de braços dados com a culpabilização da vítima. De um lado, o Agita São Paulo espalha culpa; de outro, oferece redenção: a receita é simples e barata e está ao alcance de todos. Noções como autonomia e igualdade de oportunidades são usadas, no contexto da ideologia liberal dominante (Crawford, 1977), para definir como fácil a escolha por estilos de vida saudáveis. Indo ainda mais fundo na medicalização do cotidiano e na biologização do social, o Agita São Paulo, fortemente arraigado no modelo biomédico, patologiza o sedentarismo. Para o programa, o sedentarismo é doença e a saúde, a ausência dela. Nessa linha de raciocínio, o remédio-vacina é a atividade física, princípio ativo do Agitol.

Por falar em princípio ativo, creio que aqui cabe uma analogia que remete ao título deste trabalho. Os princípios ativos de alguns medicamentos se encontram dispersos em suspensões, isto é, sistemas heterogêneos compostos por fases que se separam pela ação da gravidade ou por características físico-químicas de seus componentes. Para homogeneizá-los, é necessário ‘agitar antes de usar’, advertência inscrita nos rótulos desses medicamentos. As práticas corporais – ou atividade física para o Agita São Paulo – também se encontram dispersas por todo o espectro social de acordo com os determinantes sociais, econômicos e culturais. ‘Agitar 30 minutos’, receita simples e barata do Agita São Paulo para os problemas de saúde, funciona, a meu ver, como homogeneizador dessas diferenças.

A pluralidade do pensar e do agir em saúde tem norteado a construção, a consolidação e a legitimação do SUS (Campos, 2006). Pluralidade, no entanto, não é sinônimo de vale-tudo. Os indícios, sinais e marcas que coletei ao longo de todo esse trabalho me revelam uma trama bem diferente da que compõe o ‘tapete mágico’ do Agita São Paulo. Sim, ‘mágico’, porque, prometendo saúde para todos por meio de uma receita simples e barata, ‘voa’ a qualquer tempo e para todos os lugares. Não é à toa que a última mensagem do filme é “Agita São Paulo! Agita Brasil! Agita América! Agita Mundo!” (Agita São Paulo, 2006, 10’04” a 10’44”).

Com esse ‘tapete’, porém, o Agita São Paulo encobre todo seu conservadorismo, seu autoritarismo, sua lógica biomédica, bem como as diferenças entre as classes sociais e sua opção pela classe dominante; desvia a atenção dos macro-determinantes da saúde; biologiza e banaliza a relação entre atividade física e saúde. Apesar de tudo isso, o programa Agita São Paulo é apresentado como um programa vanguardista, politicamente correto, democrático e universal, um “modelo de política pública para a promoção da saúde e bem-estar social” (Agita São Paulo, 2006, 9’09”).

Em recente artigo, Carvalho, Westphal e Lima (2007) estranham o fato de o projeto BRA/98/006, lançado em 1998 com o objetivo de “implementar e consolidar a Promoção da Saúde no Brasil” (PNUD/ABC/MS, 1999), ter sofrido forte resistência de profissionais da saúde (principalmente os ligados ao movimento da saúde coletiva). Segundo esses autores, essa resistência deveu-se à confusão que aqueles profissionais fizeram entre a abordagem funcionalista e a ‘Nova Promoção da Saúde’. No entanto, pelo que vimos aqui, a resistência daqueles profissionais em relação ao referido projeto era e ainda é extremamente pertinente, já que iniciativas conservadoras, medicalizantes, autoritárias e funcionalistas vêm sendo desenvolvidas sob o manto da ‘Nova Promoção da Saúde’. O Agita São Paulo, programa que ascendeu a Agita Brasil sob os auspícios do referido projeto, é um dos exemplos mais cabais.

Por tudo exposto até aqui, me pergunto: o que faz com que o Agita São Paulo seja apresentado como iniciativa exemplar de Promoção da Saúde por inúmeros profissionais e pesquisadores do campo da saúde, por várias instituições internacionais e brasileiras, como OPAS, IUHPE, ABRASCO, além de setores do Ministério da Saúde? O que faz com que a OMS apresente o Agita São Paulo como um movimento que vê a saúde como uma celebração da vida começando com a atividade física e **levando à mudança social** [grifo meu] (WHO, 2002b, p.28)? Desconhecimento de suas bases teóricas? Concordância com elas? Interesses acadêmicos comuns? Afinidade no campo político? Falta do que apresentar como exemplo de iniciativa de Promoção da Saúde capaz de contribuir para a mudança social? Embora tenha suspeitas, por ora, não tenho como responder e nem caberia fazê-lo nesse momento.

Entretanto, por ora posso responder que se a Promoção da Saúde é um ideário capaz de viabilizar mudanças sociais, um programa que preceitua que idosos aproveitem “as filas nos bancos ou correios para fortalecer os músculos do abdômem e das pernas” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998, p.22), como faz o Agita São Paulo, não pode ser citado, e muito menos desenvolvido, sob sua chancela. Se hoje o Agita São Paulo é visto como “modelo de política pública para a promoção da saúde e bem-estar social”, como atesta a ‘voz de Deus’ no final do filme, então a Promoção da Saúde é pura retórica e, portanto, não pode ser vista como alternativa de transformação das condições de saúde do povo brasileiro. Esqueçamo-la como tal.

Um dia, se justiça social, saúde e educação de qualidade forem realidade para todos os povos do mundo, as estratégias deverão buscar a manutenção desse estado de coisas (sempre com base no pensamento reflexivo). Porém, enquanto a realidade predominante for a de uma maioria expropriada da riqueza produzida no mundo, toda e

qualquer prática social, incluída aí a Promoção da Saúde, deve buscar a alteração dessa situação.

Não considero possível alcançar a saúde para todos sem uma reestruturação radical da sociedade. Entretanto, como alcançá-la? Para essa pergunta, não tenho resposta, apenas pistas, o que não me desautoriza a buscar caminhos. A meu ver, a certeza de que não há como precisar a sociedade que se almeja já autoriza uma multiplicidade de caminhos, desde que fundados nos princípios da igualdade de oportunidades, da justiça social, da democracia e da participação social. A abordagem comportamentalista/conservadora de Promoção da Saúde está longe disso. A ‘Nova Promoção da Saúde’ destaca a importância desses princípios, mas, visceralmente ligada ao Estado, vacila ao insistir na busca de consensos como via preferencial de transformação social. Há, então, que se pensar numa outra perspectiva de Promoção da Saúde que supere as limitações dessas abordagens. Aproximar a Promoção da Saúde das idéias do movimento da Saúde Coletiva ou mesmo tomar essa última como eixo norteador de ações e políticas no campo da saúde são caminhos possíveis. A rigor, a busca de caminhos implica escolhas, nem que seja a de que caminhos *não* tomar. A meu ver, o caminho a ser trilhado para que alcancemos a saúde para todos, definitivamente, não é o do Agita São Paulo.

Referências Bibliográficas

ABNT. Informação e documentação – Referências – Elaboração. NBR 6023. Rio de Janeiro: ABNT; 2002.

ACSM. Position Statement on the Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Fitness in Healthy Adults. *Med Sci Sports* 1978; 10(3): vii-x.

Agita Galera [DVD]. São Paulo: Secretaria de Estado da Educação/Secretaria de Estado da Saúde/Fundação para o Desenvolvimento da Educação/CELAFISCS; 2004.

Agita São Paulo [DVD]. São Paulo: Secretaria de Estado da Educação/Secretaria de Estado da Saúde/Fundação para o Desenvolvimento da Educação/CELAFISCS; 2006.

Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50: 179-211.

Ajzen I, Madden TJ. Prediction of Goal-Directed Behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *J Exp Soc Psychol* 1986; 22: 453-74.

Allmark P, Tod A. How should public health professionals engage with lay epidemiology? *J Med Ethics* 2006; 32(8): 460-3.

Almeida Filho N. O Conceito de Saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol* 2000; 3(1-3): 4-20.

Altman LK. Rare Cancer Seen in 41 Homosexuals. *The New York Times* 1981; 3 jul.

Altman LK. New Homosexual Disorder Worries Health Officials. *The New York Times* 1982a; 11 may.

Altman LK. Clue Found on Homosexuals' Precancer Syndrome. *The New York Times* 1982b; 18 jun.

American Physiological Society. 'Night Eating Syndrome' may be related to the performance of the body - not the mind. *Science Daily* 2002; 18 feb. <http://www.sciencedaily.com/releases/2002/02/020213074459.htm> (acessado em 5/dez/2007).

ANS. Resolução Normativa – RN nº 94. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde de doenças de seus beneficiários. *Diário Oficial da União* 2005a; 24 mar. http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=664&id_original=0 (acessado em 12/jan/2008).

ANS. Instrução Normativa – IN nº 10. Estabelece procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde,

citados na RN nº 94 de 23 de março de 2005. Diário Oficial da União 2005b; 24 mar. <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=663&id_origina l=0 (acessado em 12/jan/2008).

ANS. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 77. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – OPS. Diário Oficial da União 2001; 19 jul. http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=128&id_original =0 (acessado em 12/jan/2008).

Araújo A, Iturri J. Renovando a estratégia de saúde para todos (Editorial). Cad Saúde Pública 1997; 13(2): 182-183.

Araújo CGS. Caminhando, correndo, pedalando, patinando... exercitando-se: orientações da medicina do exercício e do esporte. Revista Physikos 2007; 2(2): 12.

Assumpção A. O Rádio Ontem e Hoje: promotor de educação e de cultura; 2003. www.jornalismo.ufsc.br/redealcar/anais/gt2_sonora/o%20r%20Eldio%20ontem%20e%20 hoje.doc (acessado em 24/jan/2005).

Assunção SSM. Dismorfia Muscular. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(Supl.3): 81-4.

Atividade Física é o Melhor Remédio. Jornal do Eletricitário Aposentado 2007; <http://www.eletricitarios.org.br/UserFiles/File/Jornal%20Fevereiro%202007.pdf> (acessado em 14/dez/2007).

Balfour MC. Problems in Health Promotion in the Far East. Milbank Mem Fund Q 1950; 28(1): 84-95.

Bandura A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(3): 191-215.

Barros JAC. Pensando o Processo Saúde Doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde Soc 2002; 11(1): 67-84.

Bastos LG, Kersul M. Dr. José da Silva Guedes Sanitarista Emérito. Almanaque DANT 2006; dez http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/dant/0001/almanaque2.pdf (acessado em 17/03/2008).

Baum F, Sanders D. Can Health Promotion and Primary Health Care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? Health Promot Int 1995; 10(2): 149-60.

Beattie A. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. In: Gabe J, Calnan M, Bury M, editors. The Sociology of the Health Service. London: Routledge; 1991. p.162-202.

Beard RR. Periodic medical examinations; disease detection and health promotion. Calif Med 1959; 90(6): 426-28.

Beck U. Risk Society: towards a new modernity. London: Sage; 1992.

Bernstein E, Wallerstein N, Braithwaite R, Gutierrez L, Labonte R, Zimmerman M. Empowerment Forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Educ Q* 1994; 21(3): 281-94.

Bernstein MS, Morabia A, Sloutskis D. Definition and Prevalence of Sedentarism in an Urban Population. *Am J Public Health* 1999; 89(6): 862-7.

Birketvedt GS, Sundsfjord J, Florholmen JR. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2002; 282: E366-E369.

Birketvedt GS, Florholmen JR, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W, Stunkard A. Behavioral and Neuroendocrine Characteristics of the Night-Eating Syndrome. *JAMA* 1999; 282(7): 657-63.

Blair SN, Morrow JR. Cooper Institute/The American College of Sports Medicine. 1997 Physical Activity Interventions Conference. *Am J Prev Med* 1998; 15(4): 255-6.

Bontempo M. Relatório Órion. São Paulo: Círculo do Livro; 1985.

Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT. Waging War on Modern Chronic Diseases: primary prevention through exercise biology. *J Appl Physiol* 2000; 88: 774-87.

Booth FW, Chakravarthy MV. Cost and Consequences of Sedentary Living: new battleground for an old enemy. President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest 2002; 16(3): 1-8. <http://www.fitness.gov/researchdigestmarch2002.pdf> (acessado em 18/dez/2007).

Booth FW, Krupa D. Sedentary Death Syndrome is What Researchers Now Call America's Second Largest Threat to Public Health. 2001; 29 may. <http://hac.missouri.edu/RID/PressRelease.pdf> (acessado em 09/dez/2007).

Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson BD. Exercise, Fitness, and Health: the consensus statement. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson BD, editors. *Exercise, Fitness, and Health: a consensus of current knowledge*. Champaign: Human Kinetics; 1990a.

Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson BD, editors. *Exercise, Fitness, and Health: a consensus of current knowledge*. Champaign: Human Kinetics; 1990b.

Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Portaria nº 1190/GM. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 15 jul.

Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Altera a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 10 jun. <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action> (acessado em 18/abr/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 9.ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1893/GM. Institui o Programa de Promoção da Atividade Física 2001b; 15 out. <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2001/i%201893%20PROGRAMA%20DE%20ATIVIDADE%20FISICA%20PELA%20SPS.rtf> (acessado em 22/set/2004).

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001c.

Brasil. Decreto nº 3774. Altera a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2001d; 15 mar. <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action> (acessado em 18/abr/2007).

Brasil. Lei 9787. Altera a Lei nº 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. 1999. Diário Oficial da União 1999; 11 fev. <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=151421> (acessado em 6/fev/2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3711/GM, de 07 de outubro de 1998. Institui o Comitê Técnico Científico - CTC, de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde. 1998; 7 out. <http://www.saude.gov.br/portarias/1998.htm> (acessado em 8/set/2003).

Brasil. Decreto nº 2284. Altera a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1997; 25 jul. <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action> (acessado em 18/abr/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. Exercício e Saúde – Exercício Físico na Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério Extraordinário dos Esportes/INDESP, Ministério da Educação e do Desporto; 1996.

Brasil. Secretaria de Educação Física e Desportos. Exercício e Saúde – Guia de Estudo. Brasília: SEED; 1986.

Brasil. Lei nº 6.251. Institui normas gerais sobre desportos, e dá outras providências. 1975; 8 out. <http://www.semeltur.com.br/legislacao/6251.htm> (acessado em 14/jan/2005).

Brasil. Decreto–Lei nº 3199. Estabelece as bases de organização dos desportos em todo país. 1941; 14 abr. <http://www.semeltur.com.br/legislacao/decreto3199federal.htm> (acessado em 14/jan/2005).

Brennan RO, Durack DT. Gay Compromise Syndrome. *Lancet* 1981; 2(8259): 1338-9.

Briceño-León R. A Cultura da Enfermidade como Fator de Proteção e de Risco. In: Veras RP, Barreto ML, Almeida Filho N, Barata RB. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1998.

Broadfoot B. Food, health promotion, and the public health team. *Can J Public Health* 1968; 59(12): 487-8.

Buck C. Beyond Lalonde: creating health. In: PAHO. *Health Promotion: an anthology*. Washington: PAHO; 1996.

Bulmer M. *The Chicago School of Sociology: institutionalization, diversity and the rise of sociological research*. Chicago: The University of Chicago Press; 1999.

Bunton R, MacDonald G. Introduction. In: Bunton R, MacDonald G, editors. *Health Promotion: disciplines and diversity*. London: Routledge; 1995.

Burns KJ. A New Recommendation for Physical Activity as a Means of Health Promotion. *Nurse Pract* 1996; 21(9): 20-8.

Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2003.

Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-77.

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde: porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc* 2004; 13(1): 14-24.

Camargo Junior KR. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis* 2007; 17: 63-76.

Campos GWS. Prefácio. In: Castro A, Malo M, organizadores. *SUS: ressignificando a Promoção da Saúde*. Sao Paulo: Hucitec; 2006.

Campos GWS. Prefácio. In: Carvalho SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(2): 219-30.

Caplan R. The Importance of Social Theory for Health Promotion: from description to reflexivity. *Health Promot Int* 1993; 8(2): 147-57.

Cardoso CF. *Narrativa, Sentido, História*. Campinas: Papirus; 1997.

Cardoso MHCA. *A Herança Arcaica de um Modelo: História, Medicina... e a Síndrome de Down* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and Approaches in the Evaluation of Health Promotion. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 521-9.

Carvalho AI, Westphal MF, Lima VLGP. Health Promotion in Brazil. *Promot Educ* 2007; 1(Supl.): 7-12.

Carvalho S. *Hora da Ginástica*. Santa Maria: Editora da UFSM; 1994.

Carvalho SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Carvalho SR. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004a; 9(3): 669-78.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004b; 20(4): 1088-95.

Carvalho YM. Atividade Física e Saúde: onde está e quem é o ‘sujeito’ da relação? *Rev Bras Ciênc Esporte* 2001; 22(2): 9-21.

Carvalho YM. *O ‘Mito’ da Atividade Física e Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1995.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100(2): 126-31.

Castiel LD. O Estresse na Pesquisa Epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Physis (Rio J.)* 2005; 15(supl.): 103-20.

Castiel LD. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):615-22.

Castiel LD. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz; 1999.

Castiel LD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(1): 91-100.

Castiel LD, Guilam MCR, Vaconcellos-Silva PR, Sanz-Valero J. Os Riscos Genômicos e a Responsabilidade Pessoal em Saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(3): 189-97.

Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006a.

Castro A, Malo M. Apresentação. In: Castro A, Malo M, organizadores. SUS: ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006b.

Cavalcanti KB. Esporte para Todos: um discurso ideológico [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Educação Física e Desportos/UFRJ; 1982.

CDC. Healthy People 2000 Final Review. Hyattsville: Public Health Service; 2001.

CDC. Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. Morbid Mortal Weekly Rep 1981; 30(21): 1-3.

CELAFISCS. A Globalização do Esporte e da Atividade Física. Anais do XXIX Simpósio Internacional de Ciências do Esporte; 2006 out 5-7; São Paulo; Brasil. São Paulo: CELAFISCS; 2006.

CELAFISCS. Atividade Física e Esporte no Ciclo da Vida. Anais do XXVIII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte; 2005 out 13-15; São Paulo; Brasil. São Paulo: CELAFISCS; 2005.

CELAFISCS. Atividade Física: da ciência básica para ação efetiva. Anais do XXVII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte; 2004 out 7-9; São Paulo; Brasil. São Paulo: CELAFISCS; 2004a.

CELAFISCS. Isto é CELAFISCS. São Paulo: CELAFISCS; 2004b.

CELAFISCS. Atividade Física: construindo saúde. Anais do XXVI Simpósio Internacional de Ciências do Esporte; 2003 out 23-25; São Paulo; Brasil. São Paulo: CELAFISCS; 2003.

CELAFISCS/CDC. Best Practices for Physical Activity Promotion around the World. [S.l.]: CELAFISCS/CDC; [entre 2002 e 2006].

Choi PYL, Pope Jr HG, Olivardia R. Muscle Dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. Br J Sports Med 2002; 36: 375-7.

Clark EG, Leavell H. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. In: Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw Hill/MEC; 1976.

CONFEF. Entrevista: Dr. Victor Matsudo (Agita São Paulo). Educação Física 2002; 1: 31.

Cooper DL. Movement is Medicine. J Okla State Med Assoc 1992; 85(6): 291-3.

Corbin CB, Fox K. Fitness for a Lifetime. Br J Phys Educ 1985; 16: 44-6.

Corbin CB, Fox K, Whitehead J. Fitness for a Lifetime. In: Biddle SJH, editor. Foundations of Health-Related Fitness in Physical Education. London: Ling Publishing House; 1987.

Corbin CB, Laurie D. Exercise for a Lifetime: an educational effort. *Phys Sportsmed* 1978; 6:50-5.

Costa LP. Implantação e Desenvolvimento da Campanha Esporte para Todos no Brasil. *Rev Bras Educ Fís Desportos* 1977; 9(35): 5-12.

Costa LP, Takahashi GM. Esporte para Todos. DED-MEC/EEF-USP: São Paulo; 1978.

Crawford R. You are Dangerous to your Health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977; 7(4): 663-80.

Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *Int J Health Serv* 1980; 10(3): 365-88.

Cullen T. HIV/AIDS: 20 Years of Press Coverage. *Australian Studies in Journalism* 2003; 12: 64-82.

Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 447-55.

Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2003.

Davison C. Eggs and the Sceptical Eater. *New Sci* 1989; 121(1655): 45-9.

Davison C, Smith GD. The Baby and the Bath Water: examining socio-cultural and free-market critiques of health promotion. In: Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge; 1999.

Davison C, Smith GD, Frankel S. Lay Epidemiology and the Prevention Paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociol Health Illn* 1991; 13(1): 1-19.

Delfino VDA, Mocelin AJ. Diabetes Mellitus: uma viagem ao passado. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1997; 41(1):43-6.

Diário Oficial do Estado de São Paulo 2002; 112(91): 21.

Drechsler E. Public health promotion plans. *Psichiatr Neurol Med Psychol (Leipz.)* 1951; 3(8): 247-50.

Durkheim E. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Editora Nacional; 1990.

Eagleton T. *Teoria da Literatura: uma introdução*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

Elias N. *Sociedade dos Indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.

Elias PE. Uma Visão do SUS. In: Associação Paulista de Medicina. *SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004.

Epp J. Achieving Health for All: a framework for health promotion. In: PAHO. Health Promotion: an anthology. Washington: PAHO; 1996.

Farinatti PTV, Ferreira MS. Saúde, Promoção da Saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2006.

Fee E, Krieger N. Public Health Then and Now, Understanding AIDS: historical interpretations and the limits of biomedical individualism. *Am J Public Health* 1993; 83(10): 1477-86.

Ferreira MS. Aptidão Física e Saúde na Educação Física Escolar: ampliando o enfoque. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2001; 22(2): 41-54.

Ferreira Neto A, coordenador. Catálogo de Periódicos de Educação Física e Esporte (1930-2000). Vitória: Proteoria; 2002. [CD-ROM]

Figueira Júnior A. Potencial da Mídia e Tecnologias Aplicadas no Mecanismo de Mudança de Comportamento, através de Programas de Intervenção de Atividade Física. *Rev Bras Ciênc Mov* 2000; 8(3): 39-46.

Figueiredo LTM. History, present and future of dengue fever in Brasil. In: Rosa APAT, Vasconcelos PFC, Rosa JFST, editores. An Overview of Arbovirology in Brasil and Neighbouring Countries. Belém: Instituto Evandro Chagas; 1998.

Fisher J, Jürgens R, Vassal A, Hughes R. Gay and Lesbians Issues and HIV/AIDS: final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network/Canadian AIDS Society; 1998.

Fisher KF, Howat PA, Binns CW, Liveris M. Health Education and Health Promotion – an Australian perspective. *Health Educ J* 1986; 45(2): 95-8.

Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Fraga AB. Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados; 2006.

Frankenberg RJ. The Impact of HIV/AIDS on Concepts relating to Risk and Culture within British Community Epidemiology: candidates or targets for prevention? *Soc Sci Med* 1994; 38(10): 1325-35.

Funari S. A Percepção de Risco nas Práticas de Sexo Bucal frente à Epidemia do HIV [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: USP; 2003.

Gallo Junior L, Marin Neto JA, Maciel BC, Golfetti R, Martins LEB, Catai AM, Chacon-Mikahil MPT, Forti VAM. Atividade Física: “remédio” cientificamente comprovado? *A Terceira Idade* 1995; 6(10): 34-43.

Gandz J. The Employee Empowerment Era. *Bus Q* 1990; 55(2): 74-9.

Gatmaitan CS. The role of the dental profession in health promotion. *Dent Mirror* 1966; 3(1): 25-6.

Gerstoft J, Malchow-Moller A, Bygbjerg I. *et al.* Severe Acquired Immunodeficiency in European Homosexual Men. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285(6334): 17-9.

Ginzburg C. *Relações de Força: história, retórica, prova.* São Paulo: Companhia das Letras; 2002.

Ginzburg C. *Mitos, Emblemas, Sinais: morfologia e história.* São Paulo: Companhia das Letras; 1989.

Ginzburg C. *O Queijo e os Vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição.* São Paulo: Companhia das Letras; 1987.

Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night Eating Syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res* 2001; 9(4): 264-7.

Godoy Junior JEP. *O Papel da Tributação nas Teorias de Desenvolvimento e Inflação de Roberto Campos e Octavio Bulhões – Pré 1964 [Dissertação de Mestrado].* São Paulo: PUC-SP; 2006.

Goellner SV. *O Método Francês e a Educação Física no Brasil: da caserna à escola.* *Revista Espaço* 1993; 1(2): 51-8.

Goldberg M. *Este obscuro objeto da epidemiologia.* In: Costa DC, organizador. *Epidemiologia, Teoria e Objeto.* São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1990.

Gohn MG. *Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.* *Saúde Soc* 2004; 13(2): 20-31.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Boas Práticas na Promoção de Atividade Física para a População.* São Paulo: CELAFISCS; 2006.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Boas Práticas na Promoção de Atividade Física para a População.* São Paulo: CELAFISCS; 2005.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Boas Práticas na Promoção de Atividade Física para a População.* São Paulo: CELAFISCS; 2004.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Isto é Agita São Paulo.* São Paulo: CELAFISCS; 2002.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Programa Agita São Paulo.* São Paulo: CELAFISCS; 1998.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Agita Galera. Dia da Comunidade Ativa.* São Paulo: CELAFISCS; [entre 1997 e 2002].

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Atividade Física.* São Paulo: CELAFISCS; [entre 1996 e 2002]. 1 cartaz, color., 46cm x 31cm.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. *Sedentarismo: vacine-se contra esse mal.* São Paulo: CELAFISCS; 1997a. 1 folder, color., 21cm x 10cm.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. Não deixe sua vida no vermelho. São Paulo: CELAFISCS; 1997b. 1 cartaz, color., 30cm x 20,5cm.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. Atividade Física: o certificado de qualidade da sua saúde. São Paulo: CELAFISCS; 1997c. 1 folder, color., 10,5cm x 21cm.

Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS. Use o tempo a seu favor com o Agita São Paulo. São Paulo: CELAFISCS; 1997d. 1 folder, color., 19cm x 10,5cm.

Grace V. The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: a critique of health promotion. *Int J Health Serv* 1991; 21(2):329-43.

Green L, Poland B, Rootman I. The Settings Approach to Health Promotion. In: Poland B, Green L, Rootman I, editors. *Settings for Health Promotion: linking theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage; 2000.

Guedes DP, Guedes JERP. *Exercício Físico na Promoção da Saúde*. Londrina: Midiograf; 1995.

Guedes DP, Guedes JERP. Sugestões de conteúdo programático para programas de Educação Física escolar direcionados à Promoção da Saúde. *Rev APEF* 1994; 9(16): 3-14.

Guedes DP, Guedes JERP. Educação Física Escolar: uma proposta de promoção da saúde. *Rev APEF* 1993a; 7(14): 16-23.

Guedes DP, Guedes JERP. Subsídios para implementação de programas direcionados à promoção da saúde através da educação física escolar. *Rev APEF* 1993b; 8(15): 3-11.

Guedes DP, Guedes JERP. Projeto Atividade Física e Saúde: uma proposta de promoção de saúde. *Rev APEF* 1992; 7(13): 15-22.

Guedes JS. Oito Anos Construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estud Av* 2003; 17(48): 229-41.

Guilam MCR. *O Conceito de Risco: sua utilização pela epidemiologia, engenharia e ciências sociais [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1996. <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/index.htm> (acessado em 07/jun/2006).

Gullar F. Ferreira Gullar. São Paulo: Global; 2004.

Halkitis PN, Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care* 2003; 15(3): 367-78.

Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust* 2003; 178: 17-20.

Haskell W. Physical Activity and the diseases of technologically advanced society. In: Malina RM, Eckert HM, editors. *Physical Activity in Early and Modern Populations*.

Papers from the Annual Meeting of the American Academy of Physical Education. Windsor: Human Kinetics; 1988. p.73-87.

Health Canada. *Salud de la Población. Conceptos y Estrategias para Políticas Públicas Saludables: la perspectiva canadiense.* Washington: OPS; 2000.

Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in Medicine.* Boston: Little Brown and Company; 1987.

Houaiss A, editor. *Dicionário Inglês-Português.* Rio de Janeiro: Record; 1982.

Husmark E. Studies on care of sick and on health promotion in Soviet Russia. III. *Soc Med Tidskr* 1955; 32(3): 101-8.

Immergut EM. The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics and Society* 1998; 26(1): p.5-34.

Instituto Antônio Houaiss. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health Education and Community Empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ Q* 1994; 21(2): 149-70.

IUHPE/FSPUSP/OPAS/MS. *Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para a Saúde: situação atual e perspectivas.* III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. São Paulo: IUHPE/FSPUSP/OPAS/MS; 2002. <http://hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/fr-carta.htm> (acessado em 21/jan/2008).

Job I. Análise bibliométrica das teses de uma comunidade científica em Educação Física com uso do método indiciário. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2006; 28(1): 201-16.

Katzmarzyk PT. Perspective: Sedentary Death Syndrome – Where to From Here? *Can J Appl Physiol* 2004; 29(4): 444-6.

Kelly MP, Charlton B. The Modern and the Postmodern in Health Promotion. In: Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The Sociology of Health Promotion.* London: Routledge; 1999.

Kent G. Nutrition Education as an Instrument of Empowerment. *J Nutr Educ* 1988; 20(4): 193-5.

Kickbusch I. Health Promotion: a global perspective. In: PAHO. *Health Promotion: an anthology.* Washington: PAHO; 1996.

Koifman L. O Modelo Biomédico e a Reformulação do Currículo Médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2001; 8(1): 48-70.

Labonte R. Health Promotion and Empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q* 1994a; 21(2): 253-68.

- Labonte R. Community Empowerment and Fitness. In: Quinney HA, Gauvin L, Wall AET, editors. *Toward Active Living*. Champaign: Human Kinetics; 1994b.
- Labonte R. Community empowerment: the need for political analysis. *Can J Public Health* 1989; 80: 87-91.
- Laframboise HL. Health Policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can Med Assoc J* 1973; 108: 388-93.
- Lalonde M. New Perspective on the Health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(3): 149-52.
- Lalonde M. The Physician and Health Promotion. *Can Med Assoc J* 1977; 116(9): 1040;1045.
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- Laurenti R, Aldrighi JM. Homenagem ao Professor João Yunes. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(4): 296.
- Lawson HA. Toward a Socioecological Conception of Health. *Quest* 1992; 44: 105-21.
- Lees SJ, Booth FW. Physical Inactivity is a Disease. *World Rev Nutr Diet* 2005; 95:73-9.
- Lees SJ, Booth FW. Sedentary Death Syndrome. *Can J Appl Physiol* 2004; 29(4): 447-60.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, Empoderamento e Triangulação. *Saúde Soc* 2004; 13(2): 32-8.
- Lemos MSA. Reduzindo o sedentarismo nos centros urbanos. *Revista Promoção da Saúde* 2001; 2(5): 9-10.
- Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Train* 2005; 40(4): 352-59.
- Levi G. Sobre a Micro-História. In: Burke P, organizador. *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp; 1992.
- Lord J. Personal Empowerment and Active Living. In: Quinney HA, Gauvin L, Wall AET, editors. *Toward Active Living*. Champaign: Human Kinetics; 1994.
- Lupton D. *Risk*. London: Routledge; 2004.
- Lupton D. “Desenvolvendo-me por inteiro”: cidadania, neoliberalismo e saúde contemporânea no currículo de Educação Física. *Movimento (Porto Alegre)* 2003; 9(3): 11-31.
- Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. In: Petersen A, Bunton R, editors. *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge; 1997.

Lupton D. *The Imperative of Health: public health and the regulated body*. London: Sage Publications; 1995.

Luz MT. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Luz MT. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec; 2004.

Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(2): 293-312.

MacDonald G, Bunton R. *Health Promotion: discipline or disciplines?* In: Bunton R, MacDonald G, editors. *Health Promotion: disciplines and diversity*. London: Routledge; 1995.

MacDonald TH. *Rethinking Health Promotion: a global approach*. London: Routledge; 1998.

Machado JD, Hegedüs P, Silveira LB. *Estilos de Relacionamento entre Extensionistas e Produtores: desde uma concepção bancária até o “empowerment”*. *Ciênc Rural* 2006; 36(2): 641-7.

Machado R. *Introdução: por uma genealogia do poder*. In: Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Marcondes WB. *A Convergência de Referências na Promoção da Saúde*. *Saúde Soc* 2004; 13(1): 5-13.

Marcondes WB. *Participação Popular na Saúde pelos Caminhos da Prática Educativa* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2007.

Marcuse P, Kempen R. *Globalizing Cities: a new spatial order?* Oxford: Blackwell Publishers; 2000.

Margulies JS, Kleiner BH. *New Designs of Work Group: applications of empowerment*. *Empowerment in Organizations* 1995; 3(2): 12-8.

Mason JO, Powell KE. *Editorials. Physical Activity, Behavioral Epidemiology, and Public Health*. *Public Health Rep* 1985; 100(2): 113-5.

Matsudo V [áudio]. *Entrevista concedida ao Programa Papo com Armando Nogueira da SporTV* 2007; 22 mar.

Matsudo V [DVD]. *Promoção da Atividade Física: de um programa local a uma proposta global*. XXIX Simpósio Internacional de Ciências do Esporte. São Paulo: Multimídia Produções; 2006.

Matsudo VKR, Araújo TL, Matsudo SMM. *Andar: passaporte para a saúde! Diagn Tratamento* 2006; 11(2): 119-23.

Matsudo SM, Matsudo VKR. Coalitions and Networks: facilitating global physical activity promotion. *Promot Educ* 2006; 13(2): 50-5.

Matsudo VKR, Araújo TL, Matsudo SMM, Guedes JS. Usando a Gestão Móvel do Modelo Ecológico para Promover Atividade Física. *Diagn Tratamento* 2006a; 11(3): 184-9.

Matsudo SM, Matsudo VKR, Andrade DR, Araújo TL, Pratt M. Evaluation of a Physical Activity Promotion Program: the example of Agita São Paulo. *Eval Program Plann* 2006b; 29: 301-11.

Matsudo SM, Matsudo VR. Agita São Paulo: encouraging physical activity as a way of life in Brasil. In: Freire WB, editor. *Nutrition and an Active Life: from knowledge to action*. Washington: PAHO; 2005.

Matsudo V, Guedes J, Matsudo S, Andrade D, Araújo T, Oliveira L, Andrade E, Ribeiro M. Políticas de Intervenção: a experiência do Agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física. *Rev Bras Ciênc Mov* 2005; 13(3): 99-108.

Matsudo S, Matsudo V, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Physical Activity Promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo Program using the ecological mobile model. *J Phys Act Health* 2004a; 1: 81-97.

Matsudo V, Guedes J, Matsudo S, Andrade D, Araújo T, Oliveira L, Andrade E, Ribeiro M. Policy Intervention: the experience of Agita São Paulo in using 'mobile management' of the ecological model to promote physical activity. In: Oja P, Borms J, editors. *Perspectives: The multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science - Health Enhancing Physical Activity*. vol. 6. Berlin: Meyer & Meyer; 2004b. http://www.celafiscs.org.br/downloads/artigo_perpectives-2004-matsudo.pdf (acessado em 18/jul/2007).

Matsudo S, Matsudo V, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Rev Panam Salud Publica* 2003a; 14(4): 265-72.

Matsudo VKR, Andrade DR, Matsudo SMM, Araújo TL, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G, Ribeiro MA. "Construído" Saúde por Meio da Atividade Física em Escolares. *Rev Bras Ciênc Mov* 2003b; 11(4): 111-8.

Matsudo V. The "Agita São Paulo" Experience in Promoting Physical Activity. *West Indian Med J* 2002; 51 (supl. 1): 48-50.

Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita São Paulo experience. *Public Health Nutr* 2002a; 5(1A): 253-61.

Matsudo SM, Matsudo V, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Nível de Atividade Física da População do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Rev Bras Ciênc Mov* 2002b; 10(4): 41-50.

Matsudo VKR, Matsudo SMM, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Promoção da Saúde mediante o Aumento do Nível de Atividade Física: a proposta do programa Agita São Paulo. *Revista Âmbito Medicina Esportiva* 2001; 7: 5-15.

Mattos RA. As Agências Internacionais e as Políticas de Saúde nos Anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 377-89.

McKeown T. *The Role of Medicine: dream, mirage or nemesis?* Princeton: Princeton University Press; 1979.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q* 1988; 15(4): 351-77.

McNeil CM. *Club Business International* 2003; Feb: 28.

McPherson BD. Active Living: concept, variable, rhetoric, or slogan? In: Quinney HA, Gauvin L, Wall AET, editors. *Toward Active Living*. Champaign: Human Kinetics; 1994.

Mercadante OA, coordenador. *Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil*. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Ministerio de Salud. *Memoria del Primer Encuentro Nacional de Promoción de la Salud: construyendo una cultura de salud en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud; 2005.

Ministério da Saúde. Portaria nº 687. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Relatório de Progresso 2003-2004*. Brasília: Ministério da Saúde; [2004?]

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida*. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 254-6.

Ministério da Saúde. *Transforme as atividades do dia-a-dia em atividades físicas* [2001 ou 2002]; 1 folder, color., 19cm x 38cm.

Mira CM. Exercício físico e saúde: da crítica prudente. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A. *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes; 2003.

Montenegro T. Liberado. *Saúde é Vital* 2007; (286): 20-5.

Morais Neto OL, Castro A, Gosch CS. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*; 2005 set 20-22; Brasília; Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Moriyama IM. The Eighth Revision of the International Classification of Diseases. *Am J Public Health Nations Health* 1966; 56(8):1277-80.

- Narayan D, editor. Empowerment and Poverty Reduction: a sourcebook. Washington: The World Bank; 2002.
- Nascimento A. “Ao Persistirem os Sintomas, o Médico deverá ser consultado”. Isto é Regulação? São Paulo: Sobravime; 2005.
- New SJ, Senior ML. “I don’t believe in needles”: qualitative aspects of a study into the uptake of infant immunization in two English health authorities. *Soc Sci Med* 1991; 33(4): 509-18.
- Nichols B. *Representing Reality: issues and concepts in documentary*. Indianapolis: Indiana University Press; 1991.
- Nogueira L, Palma A. Reflexões acerca das políticas de promoção da atividade física e saúde: uma questão histórica. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2003; 24(3): 103-19.
- Nutbeam D. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO; 1998.
- Oberg E. Physical Activity Prescription: our best medicine. *Integrative Medicine* 2007; 6(5): 18-22.
- O’Connor-Fleming ML, Parker E. *Health Promotion: principles and practice in the Australian context*. Crows Nest: Allen & Unwin; 2001.
- O’Donnell MP. Definition of Health Promotion. *Am J Health Promot* 1986a; 1(1): 4-5.
- O’Donnell MP. Definition of Health Promotion: Part II: Levels of Programs. *Am J Health Promot* 1986b; 1(2): 6-9.
- O’Donnell MP. Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the definition. *Am J Health Promot* 1989; 3(3): 5.
- Okay Y. Atenção Global à Criança e Modelo Biomédico. *Pediatria (São Paulo)* 1984; 8(3): 172-5.
- Oliveira DL. A ‘Nova’ Saúde Pública e a Promoção da Saúde via Educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(3): 423-31.
- OMS apresenta plano global contra obesidade. *Jornal O Globo* 2004; 22 mai.
- OMS quer acordo para combater a obesidade no mundo. *Jornal O Globo* 2003; 28 jun.
- OPAS. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Relatório do Brasil: resultados em promoção da saúde com respeito aos compromissos da declaração do México; [2002?a]. <http://www.paho.org/Portuguese/hpp/InfBrazil.pdf> (acessado em 24/abr/2006).
- OPAS. Agita São Paulo: una coalición multisectorial en salud. Brasília: OPAS; [2002?b]. <http://www.agitasp.org.br/material/arquivos/Manual-Coalisiones.pdf> (acessado em 2/fev/2007).

OPAS. Promoção da Saúde. Documento de Trabalho da 128ª Sessão do Comitê Executivo; 2001. http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce128_17-p.pdf (acessado em 25/jul/2007).

OPAS/OMS. Agenda OPAS/OMS. Brasília: OPAS/OMS Brasil; 2002. <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/agendaextra.pdf> (acessado em 19/fev/2008).

OPAS/WHO. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Puerto España: OPAS/OMS; 1993. <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/CaribbeanCharterSp.PDF> (acessado em 17/jan/2008).

Oswald GA, Theodossi A, Gazzard BG, Byrom NA, Fisher-Hoch SP. Attempted Immune Stimulation in the “Gay Compromise Syndrome”. *Br Med J* 1982; 285(6348): 1082.

Palma A, Estevão A, Bagrichevsky M. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A. *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Edibes; 2003.

Parish R. Health Promotion: rhetoric and reality. In: Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge; 1999.

Pate RR, Pratt MP, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, Kriska A, Leon AS, Marcus BH, Morris J, Paffenbarger RS, Patrick K, Pollock ML, Rippe JM, Sallis J, Wilmore JH. Physical Activity and Public Health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273(5): 402-7.

Paton K, Sengupta S, Hassan L. Settings, Systems and Organization Development: the Healthy Living and Working Model. *Health Promot Int* 2005; 20(1): 81-9.

Pearlin LI, Schooler C. The Structure of Coping. *J Health Soc Behav* 1978; 19(1): 2-21.

Peirce CS. *Semiótica*. São Paulo: Perspectiva; 1990.

Petersen A. Risk, governance and the new public health. In: Petersen A, Bunton R, editors. *Foucault, health and medicine*. London: Routledge; 1997.

Petersen A, Lupton D. *The New Public Health: health and self in the age of risk*. London: Sage; 1996.

Phillips KA, Castle DJ. Body Dysmorphic Disorder in Men. *BMJ* 2001; 323: 1015-6.

Plutarco. *Vidas Paralelas. Agesilao - Pompeyo*. Buenos Aires: Espasa-Calpe; 1952.

PNUD/ABC/MS. Documento de Projeto. *A Promoção da Saúde em um novo modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. *Rio Saudável. Coleção Estudos da Cidade, nº53*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Urbanismo/Instituto Pereira Passos; 2002.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982; 19(3): 276-88.

Prochaska JO, Marcus BH. The Transtheoretical Model: applications to exercise. In: Dishman RK, editor. *Advances in Exercise Adherence*. Champaign: Human Kinetics; 1994.

Raeburn J. Ottawa Charter: reflections from down under. *Promot Educ* 2007; 2 suppl: 10.

Raeburn J. Health Promotion Research with Heart: keeping a people perspective. *Can J Public Health* 1992; 83(suppl. 1): S20-S24.

Raeburn J, Peters L. The First International Conference on Health Promotion: a New Zealand perspective. *Health Review* 1987; 6(4) e 7(1): 24-6.

Raeburn J, Beaglehole R. Health Promotion: can it redress the health effects of social disadvantage? *Community Health Stud* 1989; 13(3): 289-93.

Ramos AP, Figueira Junior A, Lauro FAA, Velhote FB, Andrade RM. Consumo de Álcool e Tabaco relacionado ao Nível de Atividade Física em Adultos Jovens. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2003; 1(1): 12-8.

Randolph WA. Navigating the Journey to Empowerment. *Organ Dyn* 1995; 23(4): 19-32.

Rangel-Betti IC. Educação Física e o Ensino Médio: analisando um processo de aprendizagem profissional. *Motriz* 2001; 7(1): 23-31.

Rappaport J. Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 1987; 15(2): 121-48.

Rappaport J. The Power of Empowerment Language. *Soc Policy* 1985; 16(2): 15-21.

Rappaport J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *Am J Community Psychol* 1981; 9(1):1-25.

Rawson D. The Growth of Health Promotion Theory and its Rational Reconstruction: lessons from the philosophy of science. In: Bunton R, MacDonald G, editors. *Health Promotion: disciplines and diversity*. London: Routledge; 1995.

Restrepo HE. Conceptos y Definiciones. In: Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2002a.

Restrepo HE. Agenda para la Acción en Promoción de la Salud. In: Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 2002b.

Os 100 Brasileiros mais Influentes. *Revista Isto É* 2007; 30(1941): 94-5.

Ribeiro JU. Grande Qualidade de Vida. *Jornal O Globo* 2003; 6 jul.

Ribeiro MA, Andrade DR, Oliveira LC, Brito CF, Matsudo SM, Araújo TL, Andrade E, Figueira Junior A, Braggion G, Matsudo V. Nível de Conhecimento sobre Atividade Física para a Promoção da Saúde de Estudantes de Educação Física. *Rev Bras Ciênc Mov* 2001; 9(3): 31-7.

Ribeiro RJ. Posfácio. In: Ginzburg C. *O Queijo e os Vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras; 1987.

Ribeiro VMM, coordenador. *Educação de jovens e adultos: proposta curricular para o 1º segmento do ensino fundamental*. São Paulo: Ação Educativa; Brasília: MEC; 1997.

Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int* 1994; 9(1): 39-47.

Robertson A, Minkler M. New Health Promotion Movement: a critical examination. *Health Educ Q* 1994; 21(3): 295-312.

Rodrigues MBF. Razão e Sensibilidade: reflexões em torno do paradigma indiciário. *Dimensões* 2005; 17: 213-21.

Rodrigues CHR, Santos FCA. *Empowerment: estudo de casos em empresas manufactureiras*. *Gest Prod* 2004; 11(2): 263-74.

Rodrigues CHR, Santos FCA. *Empowerment: ciclo de implementação, dimensões e tipologia*. *Gest Prod* 2001; 8(3): 237-49.

Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A Framework for Health Promotion Evaluation. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E, editors. *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.

Rose G. Strategy of Prevention: lessons for cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282(6279): 1847-51.

Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Models. *Monographs* 1974; 2(4): 328-35.

Saan H. Ottawa 1986 Revisited. *Promot Educ* 2007; 2 suppl: 11.

Sallis JF, McKenzie TL. Physical Education's Role in Public Health. *Res Q Exerc Sport* 1991; 62(2): 124-37.

Sallis JF, Owen N. *Physical Activity and Behavioral Medicine*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.

Sammann P. *Active Youth: ideas for implementing CDC Physical Activity Promotion Guidelines*. Champaign: Human Kinetics; 1998.

Saúde organiza caminhada pelos 10 anos do Agita SP. Portal do Servidor Público. <http://www.servidorpublico.net/noticias/2007/03/31/saude-organiza-caminhada-pelos-10-anos-do-agita-sp> (acessado em 02/abr/2007).

Scherer-Warren I. Das Mobilizações às Redes de Movimentos Sociais. *Soc Estado* 2006; 21(1): 109-30.

Secretaria organiza caminhada com 12 mil pessoas para celebrar 10 anos do Agita São Paulo. Portal do Governo do Estado de São Paulo. <http://www.saude.sp.gov.br/portal/a41578b6c0a8012201077fc9fb6090b6.htm> (acessado em 02/abr/2007).

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comun Saúde Educ* 2003; 7(12):101-22.

Simpson K, Freeman R. Critical Health Promotion and Education - a new research challenge. *Health Education Research, Theory and Practice* 2004; 19(3): 340-8.

Sister Mary Hubert. Nursing in health promotion. *Nurs Outlook* 1961; 9: 495-7.

Slack N, Chambers S, Harland C, Harrison A, Johnston R. Administração da Produção. São Paulo: Atlas; 1997.

Slootmaker SM, Chin A Paw MJ, Schuit AJ, Seidell JC, van Mechelen W. Promoting physical activity using an activity monitor and a tailored web-based advice: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2005; 5:134.

Souza E, Teixeira JCA, Neris JS, Rios MC. Padrões de Adoção de Práticas Inovadoras de Produção e Organização no Brasil. *Revista de Práticas Administrativas* 2004; 1(1): 85-93.

Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1354-60.

Spink MJP. Trópicos do Discurso sobre Risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(6): 1277-311.

Stevenson HM, Burke M. Bureaucratic Logic in New Social Movement Clothing: the limits of Health Promotion research. *Can J Public Health* 1992; 83(1) supl.: S47-S53.

Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. *Saúde Soc* 2004; 13(2):5-19.

Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes* 2003; 27:1-12.

Syme L, Berkman LF. Social Class, Susceptibility and Sickness. *Am J Epidemiol* 1976; 104(1): 1-8.

Tannahill A. What is Health Promotion? *Health Educ J* 1985; 44(4):167-8.

Terris M. Concepts of Health Promotion: dualities in public health theory. *J Public Health Policy* 1992; 13(3): 267-76.

Tesh SN. Hidden Arguments: political ideology and disease prevention policy. New Brunswick: Rutgers University Press; 1990.

Tones K. Health Education and the Ideology of Health Promotion: a review of alternative approaches. *Health Education Research, Theory and Practice* 1986; 1(1): 3-12.

Tosi R. *Dicionário de Sentenças Latinas e Gregas*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

Tracy D. *10 Passos para o Empowerment: um guia sensato para a gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Campus; 1994.

Tubino MJG. Movimento Esporte para Todos: da contestação do esporte de alto nível a atual promoção da saúde. *FIEP Bulletin* 2003; 73(3): 50-1.

UE declara guerra à epidemia de obesidade. *Jornal O Globo* 2004; 28 mai.

UIPES/ABRASCO/ENSP [CD-ROM]. *Anais do I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde*; 2005 mai 10-13; Rio de Janeiro; Brasil. Rio de Janeiro: 4 Mãos Comunicação e Design; 2005.

U.S. Department of Health, Education, and Welfare. *Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington: U.S. Government Printing Office; 1979.

Von Haller W. Soil and healthful nutrition... England as an example of new understanding of life and of health promotion. *Hippokrates* 1951; 22(4): 87-90.

Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment, and Health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot* 1992; 6(3): 197-205.

Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health. *Health Educ Q* 1994; 21(2): 141-8.

WHO. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Sixth International Conference on Health Promotion. Bangkok: WHO; 2005. http://www.afro.who.int/healthpromotion/bangkok_charter_health_promotion.pdf (acessado em 03/out/2006).

WHO. *Diabetes Action Now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation*. Geneva: WHO; 2004a.

WHO. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO; 2004b. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf (acessado em 19/jun/2006).

WHO. *Health and Development Through Physical Activity and Sport*. Geneva: WHO; 2003.

WHO. *Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO; 2002a. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5523.pdf (acessado em 19/jun/2006).

WHO. *Communications and policy change*. Geneva: WHO; 2002b.

WHO. Health Promotion: bridging the equity gap. Fifth International Conference on Health Promotion. Mexico: WHO; 2000a. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_en.pdf (acessado em 17/jan/2008).

WHO. Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO; 2000b. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf (acessado em 24/fev/2006).

WHO. Department of Health Promotion. The WHO Global Initiative on Active Living. Geneva: WHO; 1999. http://www.who.int/moveforhealth/publications/mfh_gialwhorev2.pdf (acessado em 24/fev/2006).

WHO. Health Promotion Evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO; 1998a.

WHO. Health Promotion. Fifty-First World Health Assembly. Geneva: WHO; 1998b.

WHO. New Players for a New Era: leading Health Promotion into the 21st century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta: WHO; 1997a. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_conference_report.pdf (acessado em 17/jan/2008).

WHO. Jakarta Statement on Active Living. Jakarta: WHO; 1997b. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/statements/active_living/en/print.html (acessado em 24/fev/2006).

WHO. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall: WHO; 1991. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf (acessado em 18/ago/2006).

WHO. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion. Adelaide: WHO; 1988. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf (acessado em 17/jan/2008).

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf (acessado em 18/ago/2006).

WHO. Concepts and principles of Health promotion. Copenhagen: WHO; 1984.

WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: WHO; 1978a. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (acessado em 10/jul/2007).

WHO. Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care – Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. Geneva: WHO; 1978b.

WHO/CDC. CDC/WHO Partners Meeting: implementation of WHO physical activity strategy. Miami: WHO/CDC; 2004. http://www.who.int/moveforhealth/publications/pah_WHOMiamiReport_FINAL.pdf (acessado em 28/mar/2006).

WHO/CDC/OPAS. Promoting Physical Activity: a best buy in public health. Atlanta: WHO/CDC Collaborating Center on Physical Activity and Health Promotion; 2000.

Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. *Science* 1920; 51(1306): 23-33.

Woolf MG. Health Promotion in industry. *S Afr Med J* 1961; 35: 432-5.

World Bank. Brazil - Adressing the Challenge of Non-communicable Diseases in Brazil. [S.l.]: World Bank; 2005. http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679&entityID=000160016_20051221163309&searchMenuPK=64187283&theSitePK=523679 (acessado em 20/fev/2008).

World Cancer Research Fund. Recommendations for Cancer Prevention. London: WCRF; 2007. <http://www.wcrf-uk.org/downloads/launch/recommendations.pdf> (acessado em 15/dez/2007).

Zimmerman MA. Psychological Empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol* 1995; 23(5): 581-99.

Zola IK. Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society. In: Tuckett D, Kaufert J. *Basic Readings in Medical Sociology*. London: Cambridge University Press; 1978a.

Zola IK. Healthism and Disabling Medicalization. In: Illich I, Zola IK, McKnight J, Caplan J, Shaiken H. *Disabling Professions*. London: Marion Boyars; 1978b.

Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 1972; 20(4): 487-504.

APÊNDICE 1 – TABELA CRIADA PARA A TRANSCRIÇÃO DO FILME AGITA SÃO PAULO

'	“	IMAGENS	TEXTOS ESCRITOS	FALAS	SONS
	01				
	02				
	03				
	04				
	05				
	06				
	07				
	08				
	09				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
	31				

APÊNDICE 2 – TRANSCRIÇÃO DO FILME AGITA SÃO PAULO

‘ “	IMAGENS	TEXTOS ESCRITOS	FALAS	SONS	
01	-logotipo do CELAFISCS (boneco sentado em uma bicicleta ergométrica sob uma constelação de cinco estrelas). [o boneco está em movimento, ou seja, pedalando. Abaixo dele, lê-se o texto da coluna ao lado]	– CELAFISCS – CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL		- sons que se assemelham a batidas de atabaque e ao tilintar do ‘sino dos ventos’ (móvil feito de tubos de metal que, ao se chocarem pela força do vento, produzem sons).	
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08	- em um fundo de tela preto, aparece um traçado de eletrocardiograma em vermelho.			- batimentos cardíacos	
09			Narrador (voz em off): <i>Só no Brasil trezentas mil pessoas morrem por ano devido a doenças cardiovasculares. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas com uma receita simples e barata.</i>		
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24	- em um fundo de tela branco, entram 10 quadros nos quais o Meiorito, mascote do Agita São Paulo, aparece praticando atividades físicas (1. no zôo; 2. jogando basquete; 3. empurrando um carrinho de bebê; 4. numa cadeira de rodas; 5. passeando com o cachorro; 6. dançando; 7. subindo escadas, tendo ao lado um elevador; 8. caminhando de bengala e óculos; 9. lavando o				- som que simula o disparo de uma máquina fotográfica [a entrada dos quatro primeiros quadros com o Meiorito se dá com esse som]
25					
26					
27					- fundo musical ‘A’ [alegre e agitado, cujas batidas servem de marcação para a entrada dos quadros restantes com o Meiorito].
28					
29					
30					
31					

32	carro; 10. nadando na piscina). [a velocidade de		
33	entrada dos quadros aumenta a partir do 7º]. Por		
34	fim, aparece o logotipo do Agita São Paulo.		
35	- pés, em close, caminham em chão de terra.		
36	- pessoas de diferentes faixas etárias, muitas		
37	vestindo a camisa do Agita São Paulo, caminham		
38	e se exercitam em diversas situações, sozinhas ou		
39	em grupos.		
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
1 00			
1 01			
1 02			
1 03			
1 04			
1 05			
1 06			
			Narrador (voz em off): <i>O Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, CELAFISCS, realiza um trabalho pioneiro. Desde 1996, desenvolve um programa de estímulo à prática da atividade física: é a cidadania ativa. O trabalho ganhou dimensão de política pública de saúde em 1996. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo convidou o CELAFISCS para elaborar um programa de atividade física para todo o estado. Assim nasceu o Agita São Paulo.</i>

1 07			
1 08			
1 09			
1 10			
1 11			
1 12			
1 13			
1 14			
1 15			
1 16			
1 17			
1 18			
1 19			
1 20			
1 21			
1 22			
1 23			
1 24			
1 25			
1 26			
1 27			
1 28			
1 29			
1 30			
1 31			
1 32			
1 33			
1 34			
1 35			
1 36			
1 37			
1 38			
1 39	- Victor Matsudo fala, vestindo uma camisa do		
1 40	Agita São Paulo e tendo ao fundo uma praça na	Victor Matsudo	Victor Matsudo (coordenador geral do Agita São Paulo):
1 41	qual se vê, de longe, pessoas caminhando e	Coord. Geral Agita São Paulo	<i>Agita São Paulo é um programa que veio para combater o principal inimigo de saúde pública: o sedentarismo. Agita São Paulo é uma iniciativa do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, o CELAFISCS, e da Secretaria de Estado da Saúde junto</i>

1 42	correndo.	[legenda]	com mais de 200 instituições parceiras que representam o setor governamental, o não-governamental e o setor privado. Todos juntos para combater esse grande inimigo, o sedentarismo, que tomou conta da nossa sociedade.
1 43			
1 44			
1 45			
1 46			
1 47			
1 48			
1 49			
1 50			
1 51			
1 52			
1 53			
1 54			
1 55			
1 56			
1 57			
1 58			
1 59			
2 00			
2 01			
2 02			
2 03			
2 04			
2 05	- coordenadores, assistentes e integrantes do Agita São Paulo (8 pessoas no total), reunidos em torno de uma mesa, exibem e discutem sobre materiais educativos produzidos pelo programa (fita VHS, livretos, caixa de remédio Agitol etc).		Narrador (voz em off):
2 06			
2 07			
2 08			
2 09			
2 10			
2 11			
2 12			
2 13			
2 14			
2 15			
2 16			
			Em dois anos, o programa foi reconhecido como modelo pela Organização Mundial da Saúde. O primeiro obstáculo a ser vencido foi o da comunicação: criar uma linguagem capaz de sensibilizar o cidadão para a necessidade da prática de atividades físicas, no mínimo, 30 minutos por dia. Assim nasceu a marca Agita e o (sic.) mascote do programa, o Meiorito. O foco está centrado na possibilidade

2 17			<i>que qualquer pessoa tem de incluir a atividade física no seu dia a dia.</i>	
2 18				
2 19				
2 20				
2 21				
2 22				
2 23				
2 24				
2 25				
2 26				
2 27				
2 28				
2 29				
2 30				
2 31				
2 32				
2 33				
2 34				
2 35				
2 36				
2 37				
2 38				
2 39				
2 40				
2 41				
2 42				
2 43	- pessoas caminham em locais destinados à prática de atividades físicas.			- fundo musical 'B' [alegre e agitado].
2 44			Victor Matsudo (coordenador geral do Agita São Paulo):	
2 45			<i>E existe uma fórmula básica que se sabe de toda ciência acumulada que basta [sic.] pelo menos 30 minutos de</i>	
2 46			<i>atividade física por dia, na maior parte dos dias da semana, se possível</i>	
2 47			<i>todos, e no mínimo cinco, para que</i>	
2 48				
2 49				
2 50				
2 51				

2	52			<i>nós consigamos corrigir todos esses problemas, preveni-los e algumas vezes tratá-los também. Então nós queremos lembrar que atividade física não é necessariamente você sair correndo, e sim qualquer movimento que você faça e que tenha um gasto energético acima do repouso. Nós, do Agita São Paulo, queremos que você dê sentido pros 30 minutos pelo menos que você faça. E quando a gente fala em sentido é pra que não pense só em mexer mecanicamente. Pense no objetivo; dê uma alegria; pense que você está construindo saúde; pense que é um momento pra você refletir, pra meditar, pra ter um amigo ao lado, pra assobiar, pra escutar o passarinho; enfim, associe qualidade nesses 30 minutos.</i>
2	53			
2	54			
2	55			
2	56			
2	57	- Victor Matsudo fala, vestindo uma camisa do		
2	58	Agita São Paulo e tendo ao fundo a mesma praça		
2	59	exibida anteriormente, na qual se vê, de longe,		
3	00	peessoas caminhando e correndo.		
3	01			
3	02			
3	03			
3	04			
3	05			
3	06	- pessoas caminham, andam de bicicleta, pulam		
3	07	corda e dançam.		
3	08			
3	09			
3	10			
3	11			
3	12			
3	13			
3	14			
3	15			
3	16			
3	17			
3	18			
3	19	- Victor Matsudo fala, vestindo uma camisa do		
3	20	Agita São Paulo e tendo ao fundo a mesma praça		
3	21	exibida anteriormente, na qual se vê, de longe,		
3	22	peessoas caminhando e correndo.		
3	23			
3	24			
3	25			
3	26			

3 27				
3 28				
3 29				
3 30				
3 31	- adultos caminham; jovens andam de bicicleta, jogam futebol na praia e handebol na quadra; - crianças se movimentam em ambiente escolar por meio de jogos e atividades lúdicas; - trabalhadores em ambiente de trabalho realizam exercícios; - idosos caminham.			
3 32				
3 33				
3 34				
3 35				
3 36				
3 37				
3 38				
3 39				
3 40				
3 41				
3 42				
3 43				
3 44				
3 45				Narrador (voz em off): <i>Para levar ações de cidadania ativa a toda a população, o CELAFISCS e seus parceiros agitam em toda a comunidade, mas escolheram três públicos específicos para enfatizar as ações: o escolar, o trabalhador e o idoso. O programa Agita conta com mais de 350 parceiros e centenas de colaboradores para cumprir um calendário anual de eventos, com a formação de um colegiado composto por diferentes representações governamentais e não-governamentais, que se reúnem mensalmente para compartilhar experiências bem sucedidas e compactuar metas e ações comuns.</i>
3 46				
3 47				
3 48				
3 49				
3 50				
3 51				
3 52				
3 53				
3 54				
3 55				
3 56				
3 57				
3 58				
3 59				
4 00				
4 01				

4 02				
4 03				
4 04	- dezenas de pessoas, que aparentemente integram o colegiado do programa, reunidas em torno de uma grande mesa 'oval', provavelmente discutem e estabelecem ações e estratégias para o programa. Os que falam usam um microfone.			
4 05				
4 06				
4 07				
4 08				
4 09				
4 10				
4 11				
4 12				
4 13				
4 14				
4 15				
4 16				
4 17				
4 18				
4 19				
4 20				
4 21				
4 22				
4 23				
4 24				
4 25				
4 26				
4 27				
4 28				
4 29				
4 30	- multidão de pessoas caminha, nas ruas, acompanhada por um carro de som, aparentemente em comemoração ao Dia Mundial da Atividade Física. Todas as pessoas portam adesivos e/ou vestem camisas de programas Agita.			- fundo musical 'C' [alegre, que começa suavemente e fica agitado logo em seguida, com batidas bem marcadas].
4 31				
4 32				
4 33				
4 34				
4 35				
4 36				

4	37			
4	38			
4	39			
4	40			
4	41			
4	42			
4	43			
4	44			
4	45			
4	46			
4	47			
4	48			
4	49			
4	50			
4	51			
4	52			
4	53			
4	54			
4	55	- trabalhadores realizam exercícios ministrados por monitores.		Narrador (voz em off): <i>Como parte dos mega-eventos, o Agita São Paulo inclui no seu calendário anual o Agita Trabalhador. Realizado no dia 1º de maio, promove atividades em conjunto com as empresas, instituições e a comunidade. O Agita Galera, Dia da Comunidade Ativa, ocupa as mais de 6 mil escolas públicas do estado de São Paulo na última sexta-feira de agosto. Muitas atividades do Agita foram incorporadas às atividades permanentes das escolas. No dia internacional do idoso, em setembro, o Agita Melhoridade promove eventos divulgando atividades físicas adequadas aos indivíduos acima de</i>
4	56			
4	57			
4	58			
4	59	Agita Trabalhador		
5	00			
5	01			
5	02			
5	03			
5	04			
5	05			
5	06	- pessoas caminham, em grupo, por ruas de terra.		
5	07			
5	08	- grupos de pessoas, em sua maioria crianças, fazem aula de ginástica numa praça.		
5	09		Agita Galera	
5	10			
5	11			

5 12			60 anos de idade. O Agita é um dos principais protagonistas do Dia Mundial da Atividade Física, o Agita Mundo, apoiado pela Organização Mundial da Saúde, no dia 6 de abril. Uma estatística mundial mostra que cada dólar investido no estímulo à atividade física representa economia de dois dólares em gastos com saúde. Com a divulgação do programa Agita, várias empresas, órgãos públicos, hospitais e outras instituições já realizam ações permanentes para seus funcionários e colaboradores. Em algumas cidades do interior de São Paulo, prefeituras adotaram as ações do Agita como parte da política pública e da inclusão social.
5 13			
5 14			
5 15			
5 16			
5 17			
5 18			
5 19			
5 20			
5 21			
5 22			
5 23			
5 24			
5 25			
5 26	- crianças, em ambiente escolar, se movimentam		
5 27	por meio de jogos e atividades lúdicas.		
5 28			
5 29			
5 30			
5 31			
5 32			
5 33			
5 34			
5 35			
5 36			
5 37	- idosas fazem aula de alongamento e caminham.		
5 38			
5 39			
5 40		Agita Melhoridade	
5 41			
5 42			
5 43			
5 44			
5 45			
5 46			

5 47					
5 48					
5 49					
5 50					
5 51	- multidão, portando faixas, bexigas coloridas, e vestindo camisas do programa Agita, caminha pelas ruas, aparentemente de São Paulo, em evento comemorativo do Dia Mundial da Atividade Física.				
5 52					
5 53					
5 54					
5 55					
5 56					
5 57			Agita Mundo		
5 58			Dia Mundial da Atividade Física		
5 59			[ao lado do logotipo do Agita		
6 00			Mundo]		
6 01					
6 02					
6 03					
6 04					
6 05					
6 06					
6 07	- multidão assiste a uma apresentação de dança e música de um grupo chamado 'Meninos do Morumbi', aparentemente como parte das atividades comemorativas do Dia Mundial da Atividade Física.				
6 08					
6 09					
6 10					
6 11					
6 12					
6 13					
6 14					
6 15					
6 16					
6 17	- trabalhadores praticam exercícios ministrados por monitores de programas Agita oferecidos por diferentes empresas.				
6 18			Agita Roche		
6 19					
6 20					
6 21					

6 22					
6 23					
6 24					
6 25					
6 26		Agita Cetesb			
6 27					
6 28					
6 29					
6 30					
6 31	- pessoas caminham e praticam exercícios ministrados por monitores de programas Agita oferecidos pela prefeitura de uma cidade do interior de São Paulo.				
6 32					
6 33					
6 34					
6 35					
6 36			Projeto Caminhada Sorocaba [ao lado do logotipo do projeto]		
6 37					
6 38					
6 39					
6 40					
6 41					
6 42					
6 43					
6 44					
6 45					
6 46					
6 47					
6 48					
6 49	- Vitor Lippi, prefeito de Sorocaba, fala, tendo ao fundo um lago ladeado por pistas de caminhada.				
6 50					
6 51					
6 52			Vitor Lippi Prefeito de Sorocaba [legenda]		
6 53					
6 54					
6 55					
6 56					
				Vitor Lippi (prefeito de Sorocaba): <i>Portanto, esse é o grande desafio das políticas públicas nos municípios: incentivar a população a ter uma vida mais saudável. E pra isso, nós precisamos contar com todos os profissionais de saúde, dos profissionais da atividade física, os educadores dos nossos municípios para que a gente possa ter uma população cada vez mais saudável, uma população que tenha menos doença e uma população que possa ser mais feliz. Isso tudo pode ser conseguido a um custo extremamente baixo, praticamente a um custo zero,</i>	

6 57			<i>basta vontade política. E pra isso nós temos aí a parceria da Secretaria Estadual de Saúde, ajudando e assessorando os municípios nesse projeto que é de fundamental importância para reduzir os custos da saúde e melhorar a qualidade de vida da nossa população.</i>	
6 58				
6 59				
7 00				
7 01				
7 02				
7 03				
7 04				
7 05				
7 06				
7 07				
7 08				
7 09				
7 10				
7 11				
7 12				
7 13				
7 14				
7 15				
7 16				
7 17				
7 18	- pessoas, principalmente idosos, realizam exercícios de alongamento sob a orientação de monitores.			
7 19				
7 20				
7 21				
7 22				
7 23				
7 24				
7 25				
7 26				
7 27				
7 28				- fundo musical 'C' [recomeça, suavemente no início – ouvem-se sons de passarinhos – e agitado logo em seguida].
7 29				
7 30				
7 31	- pessoas, com camisas do programa Agita,	[logotipo do Agita Sampa]		

7 32	andam nas ruas, no Dia Mundial da Atividade Física.		
7 33			Narrador (voz em off): <i>Hoje em dia, mais de 150 prefeituras desenvolvem o Agita como política local de promoção da saúde. O conceito do programa, integrando as propostas independentes dos espaços, tem um efeito ampliado; proporciona a revalorização de praças, parques e calçadas; e estimula a construção de ciclovias e pistas de caminhada como forma de incentivar o transporte fisicamente ativo. O trabalho do CELAFISCS ultrapassou fronteiras. O conhecimento produzido no desenvolvimento do conceito Agita levou o programa a outros estados brasileiros e países das Américas e Europa.</i>
7 34			
7 35	- pessoas andam de bicicleta, caminham em		
7 36	ciclovias e pistas de caminhada;		
7 37	- <i>outdoor</i> com mensagem do programa Agita em	Agita Ilhabela Ciclovía [ao lado	
7 38	Caraguatatuba é focalizado;	do logotipo do programa]	
7 39	- pessoas andam de bicicleta em ciclovias.		
7 40			
7 41			
7 42			
7 43		Agita São Sebastião	
7 44			
7 45			
7 46			
7 47			
7 48			
7 49			
7 50		Agita São Caetano	
7 51			
7 52			
7 53			
7 54			
7 55			
7 56			
7 57		Caraguatatuba Ciclovía	
7 58			
7 59			
8 00			
8 01			
8 02			
8 03			
8 04	- pessoas, com camisas do programa Agita,		
8 05	caminham pelas ruas em comemoração ao Dia		
8 06	Mundial da Atividade Física.		

8 07			
8 08			
8 09			
8 10			
8 11			
8 12			
8 13			
8 14			
8 15			
8 16			
8 17			
8 18			
8 19			
8 20			Victor Matsudo (coordenador geral do Agita São Paulo):
8 21			<i>O Agita São Paulo inspirou, devido ao seu impacto positivo, o Agita Brasil. O Agita São Paulo inspirou a formação de programas por todas as Américas, primeiro na Colômbia, depois na Argentina, depois na Guatemala, na Venezuela, no México, no Canadá, enfim, todo continente americano hoje está unido numa rede, chamada RAFA (Rede das Américas para a Promoção da Atividade Física), que foi o Agita São Paulo que inspirou e coordena. O Agita São Paulo também inspirou a Organização Mundial de Saúde a celebrar o Dia Mundial da Saúde aqui em São Paulo e em todo mundo. A Diretora mundial esteve aqui, dando início às festividades e às celebrações do Agita Mundo.</i>
8 22			
8 23			
8 24			
8 25			
8 26			
8 27			
8 28			
8 29			
8 30			
8 31			
8 32			
8 33			
8 34			
8 35			
8 36			
8 37			
8 38			
8 39			
8 40			
8 41		[logotipos da RAFA-PANA e do Agita Mundo]	

8 42				
8 43				
8 44				
8 45				
8 46				
8 47	- Victor Matsudo fala, vestindo uma camisa do Agita São Paulo e tendo ao fundo a mesma praça exibida anteriormente, na qual se vê, de longe, pessoas caminhando e correndo.			
8 48				
8 49				
8 50				
8 51				
8 52				
8 53				
8 54				
8 55	- pessoas, com camisas do programa Agita, caminham pelas ruas em comemoração ao Dia Mundial da Atividade Física.			
8 56				
8 57				
8 58				
8 59				
9 00				
9 01				
9 02				
9 03				
9 04				
9 05				
9 06				
9 07	- pessoas de diferentes faixas etárias praticam atividades físicas (andam de bicicleta, soltam pipa, caminham, surfam, fazem tai chi chuan, correm).			- fundo musical 'D' [alegre e agitado].
9 08				
9 09				
9 10				
9 11				
9 12				
9 13				
9 14				
9 15				
9 16				
			Narrador (voz em off): <i>O programa Agita São Paulo é modelo de política pública para a promoção da saúde e bem-estar social. Com baixo custo de implantação e alto poder de mobilização popular, o Agita integra prevenção de doenças crônicas não-</i>	

9 17			<i>transmissíveis, educação para a vida e cidadania ativa.</i>	
9 18				
9 19				
9 20				
9 21				
9 22				
9 23				
9 24				
9 25				
9 26				
9 27				
9 28				
9 29				
9 30				
9 31				
9 32				
9 33				
9 34				
9 35				
9 36				
9 37				
9 38				
9 39				
9 40				
9 41				
9 42				
9 43				
9 44				
9 45	- pessoas, com camisas do programa Agita, caminham pelas ruas em comemoração ao Dia Mundial da Atividade Física.			- canção 'Pula, caminha' [composta por Marino Pinto e Manezinho Araújo, e interpretada por Gilberto Gil].
9 46				
9 47				
9 48				
9 49				
9 50				
9 51				[Letra:

9 52				<i>Pula, caminha, não pode parar.</i>
9 53				<i>Pula, caminha que eu quero passar.</i>
9 54				<i>Pula, morena que eu quero ver.</i>
9 55				<i>Ficar parado assim é que não pode</i>
9 56				<i>ser.</i>
9 57				
9 58				<i>Pula, caminha, não pode parar.</i>
9 59				<i>Pula, caminha que eu quero passar.</i>
10 00				<i>Pula, morena que eu quero ver.</i>
10 01				<i>Ficar parado assim é que não pode</i>
10 02				<i>ser.</i>
10 03				
10 04				<i>Eu também brincar não queria.</i>
10 05				<i>Sem querer entrei na folia</i>
10 06				<i>Vou me esbaldar pra valer</i>
10 07				<i>Ficar parado assim é que não pode</i>
10 08				<i>ser].</i>
10 09				
10 10				
10 11				
10 12				
10 13				
10 14				
10 15				
10 16				
10 17				
10 18				
10 19				
10 20				
10 21				
10 22				
10 23				
10 24				
10 25				
10 26				
		Uma avaliação realizada em todo o Estado de São Paulo revela o alcance do programa Agita em São Paulo: parceria com mais de 350 instituições e em torno de 24 milhões de pessoas atingidas pela mensagem sendo que 520 mil paulistas por ano adotam a caminhada como parte de suas atividades cotidianas. Estes são nossos índices de impacto, reconhecidos por instituições nacionais e internacionais; sendo a nossa principal motivação para acreditar que, junto com você, podemos fazer muito mais pela saúde da população. Agita São Paulo! Agita Brasil! Agita América! Agita Mundo!		

10 27				
10 28				
10 29				
10 30				
10 31				
10 32				
10 33				[lá, lá, rá, lá, lá...
10 34				iê, iê, iê...]
10 35				
10 36				
10 37				
10 38				
10 39				
10 40				
10 41				
10 42				
10 43				
10 44				
10 45				
10 46				
10 47				
10 48				
10 49	- logotipo do Agita São Paulo.			
10 50				
10 51				
10 52	- logotipo do CELAFISCS.			
10 53				
10 54				
10 55				
10 56				
10 57				
10 58				