

**UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

João Carlos Nogueira Louzada

**INDIVÍDUOS DESFAVORECIDOS, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE:
Um olhar sobre o papel da Educação Física na
Promoção da Saúde.**

**USJT/SP
2007**

**UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

João Carlos Nogueira Louzada

**INDIVÍDUOS DESFAVORECIDOS, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE:
Um olhar sobre o papel da Educação Física na
Promoção da Saúde.**

**Dissertação apresentada à
Universidade São Judas
Tadeu, como requisito para
a obtenção do grau de
Mestre em Educação Física,
sob a orientação da
professora Dra. Maria
Luiza de Jesus Miranda.**

**USJT/SP
2007**

Louzada, João Carlos Nogueira.

Indivíduos desfavorecidos, atividade física e saúde: um olhar sobre o papel da Educação Física na Promoção da Saúde. - São Paulo, 2007.

102 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2007.

Orientador: Prof^a. Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda

1. Atividade física - saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Educação Física. I. Título

CDD- 796.1

DEDICATÓRIA

Esse estudo é dedicado a meus familiares que não se encontram mais entre nós, mas que apesar disso continuam sempre ao meu lado, me dando força e me guiando nas decisões mais difíceis. Luiz Carlos (Pai), Norma e Iolanda (Avós), Antonino e João Louzada (Avôs) ou simplesmente Vô Nino e Vô João, muito obrigado por tudo que vocês fizeram e ainda fazem por mim.

AGRADECIMENTOS

Não poderia começar esses agradecimentos de outra forma, já que Carolina e Felipe meus amados filhos nasceram ambos durante a realização desse estudo e nunca me deram nenhum trabalho, pelo contrário, cada dia me dá mais força para continuar acreditando em meus ideais.

Agradeço também à Christiane minha esposa, que por muitas vezes segurou a “barra” sozinha enquanto estudava.

À minha mãe Adelaide e a todos meus familiares (incluindo a família da minha esposa) pela força.

A todos os amigos da Academia Eduardo Eche Tênis, professores, funcionários, alunos, atletas, e patrões pela paciência e cooperação nos momentos em que precisava me ausentar.

A todos alunos de Personal Training, especialmente a Ana Helena e Armando pela oportunidade de poder fazer o que gosto e ainda ganhar dinheiro.

À Flux Control Comercial de Sinalização Ltda. por viabilizar as entrevistas e a seus funcionários pela sinceridade nas declarações.

À Osvaldo Bertante, o “Vadão” por me iniciar na profissão e me ensinar tantas coisas que não aprendemos na Universidade.

À Malu, professora de inglês pelas aulas nas manhãs de sábado.

A todos companheiros de turma pelo convívio nesses dois anos e pouco, principalmente ao Ari e a Ana.

À USJT e seus funcionários pela atenção a mim dispensada.

A todos professores do pelo brilhante trabalho, em especial a professora Vilma que coordena o programa de Pós Graduação *strictu sensu* com maestria.

À professora Helena por aceitar fazer parte de minhas bancas de qualificação e defesa.

Um agradecimento especial à professora Marília Velardi que teve participação efetiva na confecção desse estudo atuando muitas vezes como segunda orientadora.

E finalmente um agradecimento mais do que especial à professora Miranda, que com muita dedicação, paciência, coragem, amizade, compreensão, garra, felicidade, bom humor e amor pelo que faz, trabalhou duro ao meu lado todo tempo para que não só minha pesquisa evoluísse, mas também que eu amadurecesse, como homem e como profissional.

Obrigado a todos. Vocês fazem parte de minha história.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1. Indivíduos desfavorecidos e Desigualdades Sociais.....	10
3.2. Dificuldades enfrentadas por trabalhadores para adesão à prática de atividades físicas.....	22
3.3 Promoção da Saúde como modelo de intervenção.....	36
4. MÉTODO	54
4.1 Caracterização do estudo.....	54
4.2 Participantes.....	54
4.2.1 Critérios de inclusão.....	55
4.2.2 Critérios de exclusão.....	55
4.3 Instrumento.....	55
4.4 Procedimento para coleta de dados.....	56
4.4.1 Entrevista geradora narrativa	56
4.5 Procedimentos para análise de dados.....	56
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1. Caracterização dos sujeitos.....	58
5.2. Caracterização dos temas.....	61
5.3. Análise dos relatos e interpretação.....	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS	

RESUMO

Diante dos olhos do mundo, o Brasil sempre foi visto com o país do futebol, do Carnaval e das belas mulheres, contudo a violência, a corrupção e principalmente a desigualdade e exclusão social ofuscaram essas características. Índices como o IG (Índice Gini) o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e o Critério BRASIL de Estratificação Socioeconômico, são apenas três indicadores que caracterizam a péssima situação brasileira acerca das desigualdades sociais, além da proposta de Sen (2000) que discute estas questões em termos de liberdades básicas. Alimentação, educação, saúde e até a atividade física, liberdades básicas que qualquer cidadão deveria gozar, manifestam-se de forma diferente em nossa sociedade. Através de nossa área de atuação, a Educação Física e com base nas reflexões provenientes da Promoção da Saúde, acreditamos que a exclusão e desigualdade social tendem a melhorar. Tendo como ponto de partida estas colocações, o objetivo geral desse estudo buscará identificar o papel da atividade física na saúde a partir da visão de indivíduos desfavorecidos. Este trabalho de enfoque qualitativo caracteriza-se como sendo uma pesquisa descritiva, composta por oito indivíduos, operários no bairro do Cambuci, região sul da cidade de São Paulo. O instrumento utilizado foi uma entrevista narrativa coletado por meio de um gravador de voz. Percebemos que o futebol era a atividade mais comum na infância e adolescência, que abandonar a escola e o esporte para trabalhar era comum, que barreiras como renda, trabalho, tempo, cansaço físico, falta de áreas para prática entre outros, influenciaram negativamente a atividades físicas por parte desses sujeitos e que, apesar de valorizarem essa prática, só alguns têm o costume de exercitar-se regularmente. Quanto às vontades e anseios, apenas metade dos indivíduos entrevistados tem opinião formada sobre o assunto, apontando novamente o Futebol como atividade preferida. Em suma, seguindo essas informações vimos que propor algo antes mesmo de conhecer o indivíduo e comunidade parece ser um erro que não deve ser cometido por nós professores de Educação Física. Desta forma, avaliar quem são, como viveram e vivem, o que sabem, o que querem, nos dá condições de ir além, construindo possibilidades, juntando saberes e vivências com o saber científico que será necessário para que se desenvolvam melhor como cidadãos, tendo a possibilidade de inserir-se em algum tipo de prática, adotando assim hábitos mais saudáveis em sua vida.

Palavras-chaves: Educação Física, Promoção da Saúde, Indivíduos desfavorecidos.

ABSTRACT

Beyond the eyes of the world, Brazil has always been seen as the country of soccer, of Carnival and pretty women, though the violence, the corruption and principally the inequality and social exclusion overshadow these characteristics, hiding what we have of best. Rates such as the IG(Gini Rate), IDH(Human Development Rate) and Socioeconomic Stratification Criterion in BRAZIL, are only three indicators that characterise the terrible Brazilian situation regarding social inequality, in spite of the Sen (2000) proposition that discusses this question in terms of freedom. Food, education, health and even physical activity, basic rights that every citizen should have access to, manifest in different forms in our society. Through Physical Education, based on the reflexions coming from Health Promotion, that working on turning individuals and communities capable of promoting life and health quality improvement, including a closer participation in the control of this process, we believe that the exclusion and social inequality tend to decrease. Based on the above mentioned, the main objective of this paper is to identify the role of physical activity on health from the underprivileged individual's point of view. This study had a qualitative approach characterized by a descriptive research, was chosen for having a broad status used in education and behavioral studies. Eight subjects, blue-collar workers, in Cambuci, South zone of São Paulo city, took part in the research. The data was collected in interview and recorded. It was found out that soccer was the most common activity in childhood and teenage; it was also common to abandon school and sports to work; barriers such as income, work, time, exhaustion, lack of public sports courts, among others have influenced negatively for these individuals to practice physical activities. Although they valued this practice, only some exercised regularly. Regarding desires, only half of individuals interview have form opinion about the subject, pointing again the soccer as preferred activity. In summary, following these information we see that propose some before some of know the individual and community seem to be a mistake that shouldn't to be committed by Physical Education teachers. This form, evaluate who there are, as lived and live, what know, what want, give us conditions to go besides, building possible, put together live with the know scientific that will be need to that development better as townspeople, making it possible to included in some type of practice, adopting more health habits in your life.

Word-keys: Physical Education, Health Promotion, Underprivileged individual.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é conhecido mundialmente por seu brilhante futebol, por suas maravilhosas mulheres e pelo contagiante carnaval, mas por outro lado, é também reconhecido pela violência, pela corrupção e principalmente pela desigualdade social que assola a população.

A desigualdade social nasce das diferenças econômicas que estamos dispostos a aceitar e considerar coletivamente como toleráveis. Quando essas diferenças adquirem uma tonalidade hierárquica em relação aos espaços sociais, quem é visto como diferente é também considerado inferior. É aqui que aparecem os problemas, quando essas diferenças são acopladas à conotação de superioridade e inferioridade (SPINK & SPINK, 2006).

Alguns índices como o IG (índice Gini) que avalia a distribuição de renda em diversos países, o IDH (índice de desenvolvimento humano) que avalia condições de vida, levando em consideração fatores como educação, saúde e renda e o Critério BRASIL de Estratificação Socioeconômico, são apenas três indicadores que caracterizam a péssima situação brasileira acerca das desigualdades sociais, já que o IG coloca o Brasil na 116ª entre 126ª posições, o IDH na 69ª posição e o Critério BRASIL subdivide a população em 5 diferentes classes sociais, desde a classe A até a classe E (ABEP, 2003; IDH, 2005; WAISMANN,2003).

Além desses índices, existem outras maneiras de abordarmos as desigualdades sociais presentes em nosso país. Quando restringimos a avaliação do bem-estar de um indivíduo apenas pela sua renda, podemos cometer graves erros, não levando em consideração questões como a diversidade humana (características físicas, pessoais e sociais) das pessoas.

A proposta de Sen (2000)¹ tira o foco das desigualdades sociais relacionadas à renda e poder de compra como propõem a maioria dos índices, e discute estas questões em termos de liberdades. Para qualquer pessoa,

¹ Armatya Sen é um dos idealizadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e discute questões relacionadas a desigualdades em termos de liberdades básicas.

liberdades básicas, como estar livre de doenças evitáveis, estar bem nutrido, escapar da morte prematura, não ser dominado por circunstância e ter a possibilidade de desenvolver potencialidades, são liberdades valiosas por si mesmas.

Através dos índices (IG, IDH, Critério BRASIL), ou da idéia de liberdades exposta por Sen (2000), as desigualdades sociais são evidentes, atingindo a população no âmbito do trabalho, educação, lazer e saúde, que se apresenta como eixo norteador de toda discussão.

Segundo a Constituição Federal de 1988, está previsto por lei que todo cidadão brasileiro tem o direito a boas condições de saúde. Sendo assim, tais determinações devem ser cumpridas e cabe às autoridades competentes fazer com que se cumpram as leis.

Atualmente, o modelo de saúde adotado no Brasil, denominado por Farinatti (2000) como modelo Biomédico, é caracterizado por uma abordagem medicalizada, atuando preferencialmente na cura e prevenção de doenças.

Czeresnia (2003) mostra que nestes moldes preventivos ou curativos, a saúde é entendida meramente como a ausência de doenças, atuando principalmente em indivíduos que já tenham desenvolvido alguma patologia, intervindo diretamente com medicação, caracterizando uma abordagem de causa e efeito.

No modelo medicalizado, continua garantida a reprodução de modelos médico-assistenciais privatistas (ênfase na assistência médica hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e no modelo assistencial sanitaria (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) (PAIM,2003).

Nos últimos 15 anos, ocorreram significativos avanços nas condições de saúde da população brasileira, como a queda na mortalidade infantil, melhoras na prevenção do câncer de mama, ampliação de programas de pré-natal e estimulação do aleitamento materno, mas infelizmente ainda temos muito trabalho pela frente (MELLO,2000).

Esse modelo de saúde vigente no Brasil apresenta certa semelhança com a perspectiva behaviorista da Promoção da Saúde, nascida nos anos 70 em países desenvolvidos como Canadá, que tinha como metas centrais intervenções que procuravam agir sobre o comportamento individual não saudável das pessoas. Portanto práticas não saudáveis eram consideradas “riscos auto-impostos” afirmando dessa forma novos modelos de intervenção sobre os hábitos de vida considerados perigosos (CARVALHO, 2004).

Nestes países desenvolvidos, onde a Promoção da Saúde tornava-se uma das principais linhas de atuação da OMS (Organização Mundial de Saúde) foram realizados ajustes visando aperfeiçoar o que vinha sendo feito na década de 70, mostrando que, a partir de então, o principal objetivo do ideário da “Nova Promoção da Saúde” visaria desenvolver o “empowerment” em indivíduos e comunidades, aumentando o nível de informação e conhecimento, proporcionando às pessoas condições para que escolham modos de vida mais saudáveis (CZERESNIA, 2003).

A Carta de Ottawa, principal documento referente à Promoção da Saúde, a define como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

Para que indivíduos desfavorecidos sejam mais participativos, tendo condições de fazer escolhas saudáveis, como propõe esse ideário, seria importante desenvolver a idéia do auto-governo que, de acordo com Freire (2002), tem como prioridade capacitar indivíduos e comunidades, através de uma educação para tomada de decisões, para a responsabilidade social e política.

Capacitar a comunidade para autogovernar-se significa proporcionar-lhes informação e conhecimento para entender um conjunto de valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, tornando-se assim autônomos diante da sociedade e competentes para escolher seu próprio caminho, incluindo o auto-cuidado com a saúde, reduzindo a responsabilidade dos órgãos de saúde pública brasileiros. (FARINATTI,2000 ; BUSS, 2003).

A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde, ítems aprovados na I Conferência Internacional da Promoção da Saúde e publicados na carta de Ottawa (1986,) reforçam a idéia central deste novo modelo de saúde (BRASIL, 2002).

Em suma, para estarmos coerentes com as estratégias propostas pela carta de Ottawa e conseqüentemente à Promoção da Saúde não podemos estabelecer políticas e intervenções de cima para baixo, ou seja, sem antes conhecermos a realidade da comunidade que será beneficiada.

Com base nessas idéias, será que as estratégias presentes na Promoção da Saúde contribuiriam de alguma forma com toda essa problemática, já que diversos estudos apontam o nível elevado de inatividade física no Brasil, principalmente entre a população mais desfavorecida? Rinaldi et.al. (2005) e Matsudo et.al. (2002) detectaram uma relação entre o nível sócio-econômico e o nível de atividade física, sendo maior nas classes mais altas e o número de sedentários mais alto nas classes mais baixas.

Não generalizando, podemos explicar em parte o que vem acontecendo com a prática de atividade física entre os indivíduos mais carentes encontradas nesses estudos, através de três diferentes abordagens. A falta de áreas públicas (parques e praças), as caras mensalidades cobradas nas academias e a prioridade na hora de gastar o dinheiro.

Começando pelas áreas públicas, que seriam uma alternativa natural para a prática de atividades físicas, essas se localizam muito distante da periferia, onde está concentrada a maioria de nossa população carente, ficando restritas ao convívio em bares ou igrejas de sua comunidade (VELHINHO et. al.,2005).

No caso das academias de ginástica, musculação e natação, podemos dizer que o problema aparece nas mensalidades cobradas, levando em consideração que os valores são bem altos para trabalhadores que recebem salário mínimo no final do mês em seus ordenados.

Por fim, quanto à preferência de investir seu suado salário, Vicentin & Gonçalves (2005) colocam que necessidades básicas para a cidadania, como condições de moradia e alimentação em relação à prática de atividades físicas são naturalmente priorizadas pelas comunidades carentes ao mesmo tempo em que não são solucionadas por ações governamentais.

Analisando com um olhar mais crítico, parece que só quem tem boa condição financeira pode usufruir de atividade física orientada no Brasil. Então como fica a população mais necessitada de nosso país? Eles não têm esse direito? Estes indivíduos deverão ficar excluídos? Até quando?

Ainda com perguntas, será que os indivíduos consultados nesses estudos foram indagados com a possibilidade de uma discussão corajosa de sua realidade, não se escondendo das dificuldades relacionadas à prática de atividade física? Será que esses indivíduos foram educados para contestar o porquê das coisas, ou aceitam tudo que lhes é imposto?

Indo mais fundo nos questionamentos, será que esses indivíduos têm consciência que são excluídos? Que estão à margem da sociedade?

O primeiro passo para que estes indivíduos exerçam sua cidadania, seria educá-los com a possibilidade de uma discussão corajosa de sua problemática, ou seja, não negar quem cada um realmente é, muito menos fechar os olhos para as dificuldades. Torna-se importante neste primeiro momento, desenvolver uma “consciência crítica” que segundo Freire (2002) é a representação das coisas e dos fatos como se dão na sua existência empírica e nas suas relações causais e circunstâncias. Normalmente, pessoas com senso crítico não muito desenvolvido, adotam posturas contrárias à anterior. Por exemplo: o indivíduo que se crê superior aos fatos, dominando-os de fora e, por isso se julga livre para entendê-los conforme melhor lhe agrada, ou em outra situação, não chega a acreditar-se superior aos fatos, nem se julga livre para entendê-los, simplesmente os capta emprestando-lhes um poder superior, que a domina de fora e se submete com docilidade. É próprio destas consciências o fatalismo, que leva ao cruzamento dos braços e a impossibilidade de fazer algo diante dos fatos. Respectivamente estas consciências são denominadas pelo autor de “ingênuas” e “mágicas”.

Não podemos compreender, numa sociedade dinamicamente em fase de transição, uma educação que leve o homem a posições quietistas, ao invés daquela que o levasse à procura da verdade em comum, “ouvindo, perguntando, investigando”. Só podemos compreender uma educação que fizesse o homem cada vez mais consciente de sua transitividade, que deve ser usada tanto quanto possível criticamente, ou cada vez mais com racionalidade (FREIRE, 2002).

Outro passo importante, diretamente ligado ao anterior, e totalmente coerente com as reflexões formadas nos últimos 20 anos sobre a Promoção da Saúde, é de fornecer a estes indivíduos e comunidades desfavorecidas, informações e conhecimentos, mas agora ligados a Educação Física e áreas afins, proporcionando condições de vida mais saudáveis através de suas próprias escolhas.

Diversos programas vêm adotando práticas educativas como forma de melhorar a vida da população brasileira. Alguns programas, como por exemplo, a *Escola Cidadã ou Democrática* (AERTS et. al.,2004) ou o *Projeto Prevenir* (SANTOS,2005), abordam questões educativas relacionadas a saúde ou a sociedade de forma mais geral. Já em certa *escola municipal da cidade de Bauru, Estado de São Paulo* (PEREIRA et. al.,2005) e no *Projeto Sênior para a Vida Ativa* (MIRANDA, GEREZ & VELARDI, 2002), a Educação Física é a principal encarregada de fornecer informação e conhecimento, através do seu principal agente, o professor, para melhoria na vida cotidiana destas comunidades no que tange nossa competência.

Podemos utilizar como exemplo o que vem ocorrendo na Universidade São Judas Tadeu, que em 2001 implantou no campus da instituição o *Projeto Sênior para a Vida Ativa*, estruturado a partir da Promoção da Saúde no seu sentido mais amplo.

No Projeto Sênior os conhecimentos são transmitidos por meio de ações pedagógicas que promovem o desenvolvimento dos conteúdos factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais, julgados necessários para favorecer a adoção de atitudes saudáveis dos participantes. Através de aulas teórico-práticas os indivíduos (no caso idosos) são estimulados à reflexão sobre sua realidade e à

compreensão da atuação do processo de envelhecimento sobre os diversos sistemas do corpo bem como em que medida a atividade física pode colaborar para o estímulo desses sistemas, promovendo adaptações (MIRANDA, GEREZ & VELARDI, 2002).

Nesse contexto os alunos são também levados a refletir sobre como seriam capazes de, com base nos conhecimentos adquiridos, superar as barreiras mais comuns para a manutenção da prática de atividades físicas. Para isso são propostas tarefas do tipo solução de problemas, em que os alunos são colocados em situações concretas para que possam criar alternativas a partir daquilo que os impediria de manterem-se ativos. Com base em suas respostas, são estabelecidas discussões em grupo que podem se transformar, futuramente, em soluções individuais ou coletivas (MIRANDA, GEREZ & VELARDI, 2002).

Inicialmente, a intenção era implementar com esta pesquisa um programa de treinamento físico (nos moldes do Projeto Sênior) visando à Promoção da Saúde em indivíduos desfavorecidos, mas através de algumas conversas informais com algumas dessas pessoas e com estudiosos do assunto, me deparei com dificuldades que não imaginara. Por exemplo: o que levariam essas pessoas supostamente desprovidas de certas liberdades como propõe Sen (2000) a participarem de práticas de atividades físicas?

Íríamos propor um programa de atividade física, alternativo, utilizando materiais de baixo custo como bastões, toalhas, elásticos, cordas entre outros, e com atividades realizadas em parques e praças públicas da cidade de São Paulo. Até então era o programa de treinamento físico perfeito para pessoas de baixo poder aquisitivo.

A idéia inicial era boa e poderia até dar certo, mas não estava coerente com os conceitos e reflexões da Promoção da Saúde que compartilho agora. Ao final do experimento, se continuasse a seguir tais rumos, poderíamos determinar o que é melhor e necessário para estes indivíduos, contrariando o ideário da Promoção da Saúde.

Exemplo disso estaria na prescrição dos exercícios, que não levaria em consideração os desejos e vontades dos indivíduos. Imaginemos que, os participantes do programa ao invés de realizarem exercícios resistidos com borrachas preferissem jogar futebol. Após o programa totalmente concluído e desenvolvido com base na “ciência”, será que as expectativas destes indivíduos não poderiam ser outras?

Dessa forma, torna-se importante antes de aplicar qualquer tipo de programa de atividade física, identificar qual foi (histórico) e qual é o papel da atividade física na vida destes indivíduos. Se ela é importante, se tem valor para a saúde. Se tiver valor, será importante saber se a visão deles se relaciona somente à prevenção de doenças, ou seria mais ampla. Ainda, se a atividade física tiver lugar em suas vidas, torna-se importante averiguar a preferência e às expectativas dos indivíduos quanto à prática.

De modo geral, antes de qualquer proposta, parece importante definir o que representa o fenômeno atividade física para indivíduos e o que isso implica em seu comportamento, tanto em termos do ambiente em que vivem, quanto das pessoas com quem se relacionam.

2. OBJETIVOS

Tendo como ponto de partida estas colocações, o objetivo geral desse estudo é identificar o papel da atividade física na saúde a partir da visão de indivíduos desfavorecidos. Como objetivos específicos, procurar-se-á: a) entender se a atividade física é um valor importante para o auto cuidado relacionado à saúde; b) investigar se a prática estaria ligada a questões exclusivamente preventivas; e c) verificar quais seriam as preferências e expectativas desses indivíduos quanto às atividades físicas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Indivíduos desfavorecidos e desigualdades sociais.

Ao entrarmos no universo das desigualdades, torna-se muito difícil analisarmos tais questões direcionando nosso foco isoladamente às desigualdades sociais ou de renda dos cidadãos brasileiros, sem antes fazer determinadas ligações com outras formas de manifestação desigual.

Através de observações despreziosas feitas por qualquer indivíduo em plena condição mental saudável, fica nítido perceber as desigualdades que circundam nosso país. Estatísticas, Censos, ou quaisquer tipos de levantamentos realizados pelo governo, por empresas privadas e até por ONGs, só vêm reforçar o que todos nós já sabemos.

Para Spink & Spink (2006) a desigualdade emerge primeiramente, nos limites das diferenças econômicas que estamos dispostos a aceitar e considerar coletivamente como toleráveis, para posteriormente à desigualdade aparecer quando as distinções econômicas são estendidas para outras áreas da vida coletiva. A diferença adquire uma tonalidade hierárquica em relação aos espaços sociais, quando quem é visto como diferente é também considerado inferior. Homens e mulheres podem ter suas diferenças biológicas, mas isso não é razão para torná-los desiguais, para restringir suas oportunidades econômicas, políticas e sociais. Movimentar-se numa cadeira de rodas, usar transporte público, viver longe do centro da cidade por razões de renda, ter dificuldade de ler, ter um determinado sotaque, relacionar-se sexualmente com pessoas do mesmo sexo ou ser afro-descendente, podem ser características que diferenciem umas pessoas de outras. O problema aparece quando diferenças são acopladas à conotação de superioridade e inferioridade e os múltiplos sentidos da desigualdade são naturalizados.

Tentando desvendar essa polêmica, cabe a nós enumerarmos diversos tipos de desigualdades, como as mais tradicionais (renda e sócio-econômica), passando por desigualdades de educação, saúde, trabalho, incluindo as presentes no âmbito da prática de atividade física, sempre as relacionando para um melhor entendimento. Também serão discutidas outras perspectivas acerca das desigualdades, como a proposta por Armatya Sen, um dos idealizadores do IDH (índice de desenvolvimento humano, que avalia mundialmente as condições de vida de diversos países, levando em consideração fatores como educação, saúde e renda) utilizando a idéia de liberdade para ilustrar seu ponto de vista.

A maioria das abordagens envolvendo as desigualdades sociais e indivíduos de baixa renda seguem única e exclusivamente pela mesma via, a da renda ou de bens e serviços.

Sen (2000), visando desvincular essa idéia de que só quem tem renda alta tem possibilidade de viver bem, muda o foco de toda discussão em termos de liberdade e responsabilidade.

Para o autor, a melhor maneira de demonstrar o bem-estar de um indivíduo é através de sua liberdade. Para qualquer pessoa, liberdades básicas, como estar livre de doenças evitáveis, estar bem nutrido, escapar da morte prematura, não ser dominado por circunstâncias e ter a possibilidade de desenvolver potencialidades, são liberdades valiosas por si mesmas.

Restringir a avaliação do bem-estar de um indivíduo apenas pela sua renda, pode resultar em erros graves na análise. Exemplo disso se dá quando colocamos em questão a diversidade humana (características físicas, pessoais e sociais) das pessoas.

Quando comparamos brasileiros com chineses, por exemplo, podemos perceber claramente como o bem-estar pode ser visto por vários ângulos diferentes, sendo assim difícil de quantificá-lo. É certo que no Brasil as pessoas têm muito mais liberdade de se expressar do que na China, mostrando o que sentem e pensam, caracterizando a liberdade de expressão. Entretanto na China, seus cidadãos não têm a mesma liberdade de se expressar do que os brasileiros, mas as liberdades de educar-se, alimentar-se, trabalhar e morar dignamente são

mais amplas. Através desse ponto de vista, não estamos comparando qual país é melhor, e sim exemplificando diferenças relacionadas a liberdades básicas.

Mesmo com dificuldade de quantificar o que vem acontecendo no Brasil em termos de desigualdade, tentaremos apresentar alguns índices que demonstram nossa realidade.

Iniciando pelo IDH, índice que não se resume apenas à renda, como proposto por Sen (2000), este classificou o Brasil na 69ª posição, categorizando-o como um país de médio desenvolvimento humano, mas atrás de países latino americanos como o Uruguai, Costa Rica, Chile, Cuba e México (IDH, 2005).

Utilizando o mesmo índice, a FASE (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional) publicou em 2003 um relatório que demonstrava a diferença entre o Brasil do branco e do negro. O IDH da população branca, segundo o estudo, posicionaria o Brasil na 49ª posição mundial. Já a colocação da população negra, seguindo exatamente os mesmos critérios, seria a 108ª posição (SPINK & SPINK, 2006).

Se a situação vista deste ângulo parece ruim, Leite (2003) mostra que a verdadeira realidade do IDH brasileiro é pior do que parece. Para alavancar o IDH brasileiro através do componente educação e conseguir vantagens internacionais, o MEC contabiliza alunos que são propulsionados automaticamente ao próximo ano escolar sem correr o risco de repetência (por não interessar ao governo), o que desqualifica o conceito de escolaridade do Brasil, devido a não melhoria ou ampliação do sistema de educação nacional.

Torna-se importante colocar nesse momento que o sistema de progressão continuada adotado pelo governo não é ruim, sobretudo, quanto à efetividade real do aumento da escolaridade e redução do analfabetismo, há que se demonstrar que o IDH encobre a verdade e a principal característica da sociedade brasileira, a desigualdade social.

Sen (2000) acrescenta que quando é negada a uma criança a oportunidade de ler e escrever, ela se torna desfavorecida a vida inteira por não conseguir, por exemplo, ler e compreender um livro ou simplesmente fazer contas, habilidades básicas para poder escolher futuramente seu próprio caminho.

A partir do atual modelo de educação, parece-nos que as desigualdades entre indivíduos pobres, que cursaram a fase escolar em instituições municipais e estaduais e indivíduos de classe social mais elevada, estudantes de escolas particulares com nível educacional bem mais conceituado, só tendem a aumentar de proporção na ocasião em que essas pessoas se inserirem no mercado de trabalho e nos cargos que ocuparão na sociedade.

Na realidade, existem outros índices que demonstram as desigualdades sociais da população brasileira, mas agora levando em consideração a renda dos indivíduos.

Segundo Waissmann (2003), o IG (índice Gini) de largo uso internacional, desqualifica a 69ª colocação brasileira conquistada no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IG investiga a população de um bairro, cidade ou região, em relação aos seus vencimentos. Em termos bem simplistas, pois não cabe a nós aprofundarmos em fórmulas matemáticas, o IG divide a população analisada em quintos ou décimos, dos mais pobres para os mais ricos, encontra a média de cada extrato, divide pelo ganho médio de toda população e aplica a fórmula específica. Um bom exemplo para visualizarmos melhor toda desigualdade de distribuição de renda brasileira através do IG é apresentado em levantamentos realizados entre os anos de 1992 a 1999, nos quais o rendimento dos 1% mais ricos do país e dos 50% mais pobres são similares e pouco variam em relação ao rendimento total da população.

Este Índice avaliou a distribuição de renda de 126 países e o Brasil, infelizmente, ficou somente à frente de República Centro Africana, Suazilândia, e Serra Leoa entre outros 10 países de menor expressão mundial.

Outra maneira de demonstrar as desigualdades da população brasileira, ainda no âmbito da renda, é quanto ao seu poder de compra. O critério utilizado por empresas de marketing e seus clientes são o da estratificação de classificação sócia econômica dos consumidores. Também conhecido como Critério BRASIL da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, consiste em classificar a população brasileira em classes sociais, sendo que as classes A1 e A2 são caracterizadas como os extratos de maior poder de compra, denominada classe

alta, as classes B1 e B2 e C de poder aquisitivo intermediário, denominadas respectivamente de classe média e média baixa e as classes D e E, consideradas de menor ou praticamente sem poder financeiro, denominadas pobres e muito pobres (ABEP,2003).

Neste critério apresentam-se ocultos diversos tipos e formas de desigualdades, não apenas o de poder de compra. Por exemplo, com a posse de um computador com internet rápida instalada, item básico para indivíduos de classes A e B e um sonho de consumo para indivíduos das classes D e E, consegue-se informação instantaneamente de qualquer assunto procurado, seja ele de cultura, saúde, lazer entres muitos outros, configurando uma grande desigualdade de liberdade a aquisição de conhecimento.

Portanto, parece difícil que, no futuro, um adolescente munido de todos os recursos tecnológicos existentes, cercado de informação e conhecimentos de diversos assuntos e em diferentes línguas, perca um vaga em uma empresa nacional ou internacional renomada, em geral em um cargo executivo, para um indivíduo de classes D e E que possivelmente nunca teve acesso a tais recursos tecnológicos, que com muita sorte e dedicação conseguirá um posto de metalúrgico ou operário, nunca desmerecendo qualquer função ou cargo.

Parece inegável também, o reconhecimento do trabalho como categoria central na compreensão das diferenças entre as classes sociais A1,A2, B1,B2, C, D, E, segundo o critério BRASIL (ABEP,2003), quanto às tarefas a serem realizadas no ambiente de trabalho (exigência física e mental), quando se tem a liberdade de possuir um emprego, é claro.

São desiguais as solicitações físicas envolvidas no trabalho entre executivos, geralmente de classe alta e média, e operários de classes sociais menores, assim como também são desiguais suas motivações e anseios. O desgaste físico, os turnos, a extensão de jornadas, as folgas, a condução para ir e voltar do trabalho, a alimentação entre outros, também são bem diferenciadas (WAISSMAN, 2003).

Um bom exemplo para ilustrarmos esta colocação, acontece quando comparamos o cotidiano de um grande empresário, com o dia a dia de uma

empregada doméstica. Esta, via de regra, acorda com o dia ainda escuro, alimenta-se com no máximo um café com leite e tem de enfrentar duas ou mais conduções (trem, ônibus, metro) para chegar ao seu emprego. Lá chegando, é recebida por sua patroa, por muitas vezes irritadíssima, dizendo: “Isso é hora? A casa está uma bagunça!”. Durante seu trabalho, que só acaba quando estiver tudo limpo independente da hora, ela é solicitada fisicamente de todas as formas e maneiras devendo demonstrar toda aptidão física conquistada com tantos anos de trabalho. Ao fim do dia, recebe o tão suado salário e enfrenta o mesmo calvário para regressar a sua residência. No final de semana, com sorte, algum “bico” em alguma festa de uma de suas patroas, como faxineira ou cozinheira e de pedreiro para seu marido ajudam a engrossar seus vencimentos.

Machado & Noronha (2002) acrescentam mostrando que não só de trabalhos domésticos e bicos de pedreiros indivíduos de baixa renda sobrevivem. Pequenos negócios realizados em estabelecimentos comerciais conjugados com as habitações, como botecos e bares, ou nas próprias vias de circulação do bairro como ambulantes, acabam se tornando as fontes mais viáveis de renda para estes indivíduos.

Já o grande empresário também acorda cedo, mas seu dia será bem diferente do que o da empregada doméstica. O seu café da manhã, sempre muito farto, com certeza atende todas as suas necessidades nutricionais matinais. Ao dirigir-se à sua empresa, acaba se defrontando com um belo congestionamento, que pode ou não o abalar psicologicamente dependendo de seu estado de espírito no dia. Chegando ao trabalho, sentado em frente ao computador em sua sala com ar condicionado, trabalha por horas, às vezes sem hora nem para o almoço, até se sentir fadigado mentalmente. Baixa seu extrato bancário pela internet e constata a bela situação financeira de sua empresa. Ao final da sexta-feira se quiser, pode até ligar para a esposa e dizer: “Querida, arrume nossas malas e a das crianças que estamos indo para a praia”.

Justamente com o intuito de enfatizar as desigualdades sociais e suas respectivas solicitações físicas e mentais e que foram escolhidos duas pessoas tão diferentes para protagonizar estas histórias, provavelmente verídicas.

Entretanto é importante ressaltar que existem outros tipos de indivíduos com solicitações intermediárias relacionadas ao trabalho em diversas regiões do Brasil.

Torna-se importante dizer, que estes são só exemplos para demonstrar diferenças entre classes sociais e suas solicitações físicas e mentais no ambiente de trabalho, não tomando partido do que é melhor ou pior para cada indivíduo, ou fazendo um julgamento de valores, mas apenas tentando exprimir a realidade.

Estas diferenças entre ricos e pobres se apresentam evidenciadas quando o assunto é trabalho ou emprego. Contudo, em uma situação de desemprego, homens e mulheres principalmente de baixa renda, acabam se comportando de diferentes maneiras aumentando assim nosso repertório de desigualdades relacionadas ao trabalho.

O desemprego contribui para a instabilidade das relações familiares, limitando as prerrogativas masculinas ligadas aos papéis de marido, provedor e socializador da prole. O desemprego golpeia a autoridade masculina, reduzindo o prestígio do homem em relação à mulher que, embora também seja afetada por ele, não sofre os mesmos impactos negativos. Além de a mulher estar menos identificada com a responsabilidade econômica, ela aceita trabalhos menos valorizados e, qualquer que seja a situação econômica do grupo, está investida de uma importância ritual, prática e afetiva maior do que a figura do pai. Conseqüentemente, surgem conflitos entre a autoridade reivindicada e a autoridade exercida pelos componentes adultos da família. Confrontados com essas dificuldades, muitos pais de família perdem a auto-estima, entregando-se à ociosidade ou ao “desespero” de não poder sustentar a família e adotando posturas compensatórias como o alcoolismo (MACHADO & NORONHA, 2002).

Acreditamos que todos estes conflitos acima citados apareçam com mais freqüência entre os trabalhadores desempregados de baixa renda, pela maior dificuldade de desenvolver suas potencialidades, devido a pouca liberdade que lhe é disposta desde o nascimento, tornando mais difícil à reação a situações adversas.

A situação do desemprego no Brasil é tão preocupante que segundo Marsiglia (2005), indivíduos empregados em diversas instituições têm receio de

serem substituídos por trabalhadores voluntários que, posteriormente, se candidatariam-se a estes supostos cargos já ocupados. Nesta colocação observamos que uma atividade tão bonita e honrosa como é o caso do voluntariado, torna-se mais uma preocupação para certos trabalhadores.

As taxas de desemprego, no entanto, são distintas, de acordo com regiões e segmentos sociais: tendem a ser mais elevadas, para trabalhadores com menor escolaridade, bem como para ocupações com qualificação relativamente mais baixa (LARANJEIRA, 2004).

Para o autor, a cooperação entre empresas e governo é fundamental para solucionar o problema do desemprego no Brasil, problema este que influi diretamente no contexto das desigualdades sociais. Ao governo cabe atuar em nível macroeconômico através da formulação de políticas que mantenham o crescimento econômico e a demanda por trabalhadores, inclusive os de baixa qualificação, mas também através de incentivos que apóiem e complementem iniciativas que visem à melhoria das condições de trabalho. Ao governo caberia ainda ocupar-se da modernização da legislação, adequando-a aos novos tempos.

Às empresas caberia transformarem-se em promovendo um ambiente de trabalho virtuoso, no qual todos os trabalhadores, não apenas uma elite fosse valorizada e respeitada. É imprescindível criar-se um novo contrato social no trabalho, que beneficie a todos - as empresas, os investidores, a economia, os trabalhadores, a sociedade. Entretanto a nova realidade requer mudança urgente no controle das empresas, de forma que as mesmas respondam não apenas aos acionistas, mas, sobretudo, aos trabalhadores. Há necessidade de mudanças de valores em relação ao trabalho e em relação às responsabilidades sociais. Se tivermos de conviver com alto nível de riscos, há que mudar as regras em termos de sobre quem recairão os riscos, de maneira a distribuí-los de forma mais equitativa entre todos os envolvidos (LARANJEIRA, 2005).

Silva et al. (2005) esclarecem que algumas empresas de grande porte como montadoras, metalúrgicas e tecelagens, vêm fazendo sua parte, sem esperar maiores providências governamentais. Muitas destas empresas estão utilizando diferentes formas de acerto salarial com seus funcionários,

principalmente aqueles que trabalham na linha de produção, denominando este contexto organizacional das empresas de sistema de células.

O sistema de remuneração da organização “celular”, segundo o autor, é baseado na incitação salarial direta, e não indireta: essa última, aliás, varia enormemente de uma empresa para outra, no interior de um mesmo ramo (ônibus, restaurante, creche etc.). Contudo, no acréscimo salarial conhecido como “prêmio” é que reside o maior incentivo ao aumento da produtividade individual de cada um dos funcionários e a referência para o rendimento no final do mês, mais do que o salário fixo, que é muito baixo. O prêmio depende do alcance das metas de produção estabelecidas pela direção. No sistema dito “individual”, próprio da produção “em linha”, o prêmio dependia do esforço de cada operadora em seu posto de trabalho, envolvida nas tarefas relacionadas a ele. Esse prêmio era, por assim dizer, administrado por si mesmo, isto é, pelo próprio trabalhador, na medida de um cálculo que opunha, de um lado, o conhecimento das próprias possibilidades e, de outro, a resistência do equipamento, dos materiais e dos instrumentos postos à disposição, todos eles conhecidos e aos poucos “domados” pela prática repetitiva que o trabalho impunha (SILVA, 2005).

No sistema de células, o cálculo muda, porque o ajuste entre o trabalhador e ambiente inclui agora os próprios colegas, que fazem às vezes do fornecedor e do cliente do trabalho efetuado por cada operador individualmente. Nessa concepção de posto alargado, o trabalhador individual depende de maneira muito mais estreita dos colegas, que estão implicados forçosamente (pela detenção de uma parte do trabalho do outro) na atividade dele. (SILVA, 2005)

Coincidentemente, ou não, este sistema de trabalho em “Células” nos faz lembrar algumas premissas básicas do Ideário da Promoção da Saúde, nas quais a cooperação entre indivíduos e comunidades torna-se essencial. A idéia central deste sistema organizacional de trabalho é simples, pois implica somente na colaboração que os empregados devem ter entre si, para juntos atingirem as metas propostas pela empresa e, assim, no quinto dia útil do mês seguinte, receber seu salário com o devido acréscimo (prêmio) por ter realizado um bom trabalho em grupo.

Especialistas acreditam que, sistemas como o acima citado ou similares, além de promover a cooperação entre funcionários (operários com operários ou operários com diretoria) podem influenciar diretamente na drástica redução nas desigualdades, aproximando pessoas consideradas bem de vida com indivíduos de baixa renda.

Além da educação e do trabalho, as diferenças entre classes sociais também se apresentam quando o assunto é saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988, está previsto por Lei que todo cidadão brasileiro tem o direito a boas condições de saúde. Uma revisão dos documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 mostra de forma clara, uma mudança nas abordagens em Saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos, para uma abordagem voltada para a participação comunitária. Essa idéia é central em Freire desde a década de 70, tanto que no documento *Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde* (Ministério da Saúde; 1981) é notória a forte influência do seu pensamento e de sua teoria de educação libertadora, assim como aconteceu com a carta de Ottawa em 1986, principal documento referente ao movimento da Promoção da Saúde (GRAZZINELLI et al., 2005).

A situação da saúde e de vida da população brasileira é preocupante. O SUS, embora tenha sido institucionalizado a partir de um conceito amplo de saúde, opera, ainda com o conceito de saúde como ausência de doença, não desenvolvendo ações considerando fatores sociais, econômicos e ambientais que afetam os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos, interferindo nas condições de vida e saúde da população (BYDLOWSKY et. al., 2004).

Seja a partir do tradicional modelo biomédico ou através das reflexões formadas sobre a Promoção da Saúde e ideários Freireanos, tais determinações devem ser cumpridas e cabe às autoridades competentes fazer com que se cumpram as leis.

Pinheiro et al. (2005) colocam duas importantes dimensões que devem ser consideradas na abordagem da equidade em saúde: as desigualdades nas condições de vida e saúde e as desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde. Os autores destacam também a dimensão ética e moral em sua

abordagem de equidade em saúde, quando se referem a diferenças evitáveis e desnecessárias e que também podem ser consideradas injustas.

Barata (2000) relata várias epidemias e endemias de doenças transmitidas por vetores (ex: febre amarela), por via hídrica (ex: febre tifóide) e pelo ar (ex: tuberculose), que ocorreram no Estado de São Paulo durante o século XX. Em todos esses casos, os indivíduos mais afetados eram os que viviam em condições de pobreza, em geral na periferia, em moradias pouco espaçosas (sem estrutura de saneamento básico), com má alimentação e com renda insuficiente para manter um padrão mínimo de sobrevivência. Também contribuíram para o aparecimento de algumas dessas doenças, problemas ambientais como o desmatamento descontrolado.

Houve muitos avanços na área da saúde nos últimos anos, salvando por vezes muitas vidas que, com certeza, foram e continuarão sendo muito bem recebidas por nossa população. Mello (2000) coloca que a queda na mortalidade infantil, melhoras na prevenção do câncer de mama, ampliação de programas de pré-natal e estimulação do aleitamento materno, proporcionaram avanços significativos nas condições de saúde da população brasileira.

Barata (2000) observa que com o aumento da cobertura vacinal e do saneamento básico houve uma melhora no quadro das epidemias e endemias, mas enfatiza que, mesmo com os avanços técnicos científicos ocorridos, ainda é difícil evitar o aparecimento dessas doenças e controlá-las.

Todavia, a desigualdade nos serviços de saúde entre a minoria rica e a maioria pobre, ainda aparece em evidência em nosso país. Todos nossos cidadãos deveriam ter a mesma liberdade quanto à possibilidade de curar, prevenir ou até promover saúde em si próprio, em sua família e em sua comunidade.

Pinheiro et. al. (2005) mostram-nos que para que possamos minimizar as diferenças entre classes sociais relacionadas à saúde, devem ser consideradas as variáveis biológicas, as culturais ligadas aos hábitos e costumes, a capacidade de escolha inclusive em função do nível de renda, exposição à insalubridade e

condições de vida e trabalho exaustivas, além do acesso inadequado a serviços públicos essenciais.

Minayo (2001) apud Bydlowsky et. al., (2004) cita as condições socioeconômicas da população e o aumento na concentração de renda, nesse momento, como agravantes da situação de exclusão que mantém essas condições de saúde. A autora relata ainda que, segundo informações da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), as condições de vida e saúde da América Latina se encontram piores que nos anos 70, quando houve um retrocesso na equidade social, provocado pela crise econômica da década de 80 e as reformas neoliberais dos anos seguintes. No caso do Brasil não houve aumento de pobreza, mas da desigualdade, historicamente uma das maiores do mundo. A autora acrescenta mostrando que a renda dos 10% mais ricos é hoje 30 vezes maior que dos 40% mais pobres, enquanto em países com desenvolvimento comparável ao do Brasil, é apenas 10 vezes.

Bydlowsky et. al., (2004) resume a situação dos problemas sociais do Brasil da seguinte maneira: há 15,8% da população sem acesso às condições mínimas de higiene, educação e saúde; 17% em situação de miséria; 11,5% morrendo antes de completar 40 anos; 16% analfabetos; 34% sem água potável e 30% sem acesso a esgoto. Essas condições têm refletido diretamente nas condições de saúde da população brasileira.

Como dito anteriormente, apesar de ter havido melhora nos índices de mortalidade/morbidade, as taxas de doenças infecciosas, relacionadas diretamente com a pobreza, ainda são significativas. Essas doenças, que nos países desenvolvidos foram substituídas por doenças crônico-degenerativas, no Brasil, ainda persistem, principalmente nos estados mais pobres, convivendo com as doenças crônico-degenerativas, desafiando os técnicos a resolver, ao mesmo tempo, problemas de países em desenvolvimento e desenvolvidos (MINAYO, 2001).

Magalhães (2001) através de um verdadeiro "paradigma da exclusão", corrobora com todas as abordagens mencionadas até então e sintetiza um composto de idéias no âmbito das desigualdades sociais. A urbanização

desordenada, os vários tipos de segregação social, a violência generalizada, a desigualdade econômica e a inadaptação escolar e profissional, tornam-se, assim, elementos chave para o entendimento do fenômeno da exclusão. Em parte, isto se deve ao aumento do desemprego e ao surgimento de um quadro complexo, não redutível, por exemplo, aos processos de expropriação da classe trabalhadora ou à segregação espacial. O crescimento do isolamento social, a deterioração das formas de convivência, o fracasso das iniciativas de participação coletiva e, sobretudo, a incerteza generalizada frente aos rumos das políticas sociais, construindo, desta forma, um terreno fértil para o crescente descontrole da exclusão social.

Como visto anteriormente, relacionar educação, trabalho, saúde e liberdade a condições de vida de diferentes classes sociais, faz com que se reproduza a própria desigualdade num ciclo vicioso que há de se romper para melhoria na vida cotidiana da população brasileira.

Toda essa desigualdade relatada até então, age de forma negativa não somente no âmbito do trabalho, educação e saúde. Este ciclo vicioso que assola nosso país influencia diretamente sobre a prática de atividades físicas, colocando obstáculos e dificuldades para nossa população, principalmente os mais desfavorecidos, aderir a um estilo de vida ativo.

3.2. Dificuldades enfrentadas por trabalhadores para adesão à prática de atividades físicas.

Antes de iniciarmos esta delicada discussão e relacionarmos a atividade física aos trabalhadores ou à população brasileira em geral, seria interessante definir o que vem a ser essa atividade física, já que ela se coloca no centro de toda problemática.

Dentre as muitas definições encontradas na literatura, selecionamos a que foi proposta por Hoffman & Harris (2002) que traz quatro diferentes abordagens, desde a mais ampla até a mais técnica:

- Definição exclusiva demais: movimento voluntário intencional realizado com propósito específico e que requer quantidade substancial de energia.
- Definição ainda exclusiva demais: movimento voluntário intencional realizado para alcançar objetivos que fazem parte do exercício físico ou do esporte.
- Definição inclusiva demais: todos os movimentos voluntários e involuntários realizados pelo homem.
- Definição técnica para a Cinesiologia: movimento voluntário intencional realizado para alcançar objetivos que fazem parte do exercício físico, esporte ou qualquer outra esfera da experiência humana.

Acreditamos que, das quatro definições expostas por Hoffman & Harris (2002) a que melhor se aproxima da proposta deste estudo é a segunda, por se relacionar especificamente com a intenção de praticar alguma atividade esportiva, excluindo assim atividades do cotidiano (varrer o chão, lavar louça, dirigir) e outros movimentos articulares e contrações musculares involuntárias.

Esta definição acima exposta ajudará a clarear a inter-relação entre atividade física e as barreiras que levam os trabalhadores a um estilo de vida sedentário.

Cabe a nós neste momento, descobrirmos quais são os motivos da não aderência da população à prática regular de atividade física, assim como o desinteresse pela prática mostrando que a atividade física não parece ser um valor para sociedade.

Historicamente o ato de movimentar-se a tem constituído uma dimensão importantíssima da vida humana, sendo fundamental para manutenção dos processos vitais de desenvolvimento, não só do ser humano, mas também de toda vida animal terrestre. O homem, que por séculos incluiu em seu ritual de vida atividades de sobrevivência como a caça e pesca, agora encontra sua alimentação em lugares específicos como supermercados e restaurantes. Modificações como estas no estilo de vida humana não aconteceram do dia para

noite, pelo contrário, se construíram desde a era do Homo Sapiens e nos inspiram a pensar em questões delicadas como profissionais da área da saúde.

O fato de o trabalho ocupar o lugar central em nossas vidas (na maioria das vezes), nos levando ao sedentarismo, representa uma grande dificuldade para a adesão à prática de atividades físicas. Quando os indivíduos afirmam que não têm tempo para fazer atividade física, pode parecer uma desculpa, uma justificativa para a não organização ou administração do tempo. Todavia a falta de tempo pessoal é algo recorrente, que acomete todas as pessoas independentemente da condição sócio-econômica, configurando-se num fenômeno que merece ser considerado, sobretudo por causa de seus desdobramentos.

Problemas como, o excesso de trabalho, citado acima, e tantos outros, como, a falta de áreas de lazer e esporte, a desinformação quanto aos benefícios do exercício físico, a falta de tempo e até o despreparo das academias de ginástica e seus funcionários são dificuldades relacionadas adesão à atividade física que devem ser consideradas pelas autoridades públicas de nosso país para melhora na qualidade de vida da população, principalmente a de baixa renda.

Matsudo et. al. (2002) ilustram estas colocações mostrando que o nível de sedentarismo verificado no Estado de São Paulo, usando como critério a falta de realização de atividade física durante a semana, está em torno de 8,8%, tendo praticamente a mesma distribuição entre homens e mulheres. A porcentagem de indivíduos classificados como irregularmente ativos atinge 35,9% dos homens e 39,3% das mulheres. A porcentagem de sujeitos que conseguem atingir a recomendação de atividade física para a saúde foi de aproximadamente 42,5% no sexo masculino e 48,6% no feminino.

Analisando os valores em conjunto para homens e mulheres de acordo com a faixa etária, verificamos um discreto aumento do nível de sedentarismo de 7,7% para 12,8% com o aumento da idade. Esse fenômeno foi mais marcante com relação ao nível de indivíduos muito ativos, em que o decréscimo foi de 10,5% para 1,3%, com o incremento da idade. No entanto, a porcentagem de indivíduos de ambos os sexos que atingiu a recomendação de atividade física para a saúde

se manteve praticamente estável (45-48%) nos diferentes grupos etários (MATSUDO et. al., 2002).

Por fim, os dados do nível de atividade física de acordo com a classe socioeconômica evidenciaram valores similares de indivíduos muito ativos nos níveis socioeconômicos de A a D (7% a 8,7%) e menor no nível E (5%). Quando analisados os dados dos indivíduos ativos (que atingiram a recomendação de atividade física para a saúde) a maior concentração foi nos níveis B e C (46% e 49%, respectivamente) e a menor nas classes E (35%). Considerando os grupos de sedentários e irregularmente ativos, a maior porcentagem de indivíduos que não atingem a recomendação da atividade física está na classe E (60%), sendo que nas classes B, C e D a porcentagem variou de 42% a 49% (MATSUDO et. al.,2002).

Em linhas gerais, todos os dados acima citados acabam mostrando que pouco mais da metade da população paulista está livre do sedentarismo. Se o Estado de São Paulo, supostamente o mais desenvolvido do país apresenta estes resultados pouco expressivos, se talvez, essa pesquisa fosse realizada em âmbito nacional, provavelmente os dados apresentados seriam ainda piores.

Rinaldi et. al. (2005) em estudo de menor abrangência, procurou verificar o nível de sedentarismo de servidores da Universidade Estadual de Maringá. Os dados demonstram uma prevalência de inatividade física de 20% entre os servidores da UEM. A porcentagem de indivíduos classificados como irregularmente ativos atingiu 25% do total da amostra, sem diferença acentuada entre os gêneros (25,3% mulheres e 26% homens). O percentual de sujeitos que consegue atingir a recomendação de atividade física para a saúde no total da amostra foi de 55% (58% homens e 55,2% mulheres). Ainda se somarmos o percentual das categorias sedentário, irregularmente ativo A, irregularmente ativo B no total da amostra, observamos que 45% dos servidores não atingem níveis de atividade física considerados ideais para a saúde.

Os dados do nível de atividade física de acordo com o nível sócio-econômico evidenciaram um número de indivíduos muito ativos maior na classe E (7,1%). Com exceção de um número maior de indivíduos muito ativos na classe

mais baixa (E), a concentração maior de indivíduos ativos foi maior nas classes A, B, C e D, caindo consideravelmente na classe E. Considerando os grupos de sedentários, as maiores porcentagens estão nas classes D e E, inclusive com diferença significativa entre as classes A e E. O que percebemos na verdade, é que conforme diminuiu a renda aumentou a prevalência de sedentarismo na amostra pesquisada. Se considerarmos ainda o número de sedentários mais o grupo de indivíduos irregularmente ativos esta relação fica mais evidente, pois de 49,8% de indivíduos que não atingem a recomendação da atividade na classe A os valores chegam a 57,2% na classe E

Analisando com um olhar mais crítico, percebeu-se que existiu uma relação entre o nível sócio-econômico e o nível de atividade física, com o número de indivíduos ativos sendo maior nas classes mais altas e o número de sedentários, mais alto nas classes mais baixas, ou seja, parece que quanto maior o poder aquisitivo maior o nível de atividade física (RINALDI et. al. ,2005).

O sedentarismo atualmente vem assumindo status de problema de saúde pública. Como nos mostram os estudos acima, as pessoas têm cada vez mais assumindo estilos de vida que desconsideram os benefícios da atividade física. É comum anunciar-se que um estilo de vida saudável significa alimentações equilibradas, práticas de exercícios físicos regulares e equilíbrio entre corpo e mente. Nessa direção, seria necessária uma intervenção multidisciplinar a fim de disseminar a informação e conhecimento de como a saúde está diretamente relacionada com o bem-estar físico, emocional e social, tão divulgado pelas campanhas educativas do governo (SANTOS et. al., 2005).

Bagrichevsky & Palma (2005) mostram que o atual paradigma de saúde vigente na Educação Física reforça a baixa adesão à prática regular de exercícios físicos e se constitui numa problemática relevante para alcançar mudanças de caráter comportamental, principalmente com a adoção de atitudes que não apenas libertariam indivíduos do sedentarismo, mas também lhes proporcionaria uma vida saudável.

Foram apresentados anteriormente dois estudos que mostrando a situação brasileira no âmbito da atividade física. Entretanto não podemos nos contentar

somente com dados (números). Estes evidenciam o que vem acontecendo com a atividade física no país, mas não avaliam a criticidade destas pessoas acerca do assunto. Seus instrumentos se limitam apenas a quantificar quantos realizam ou não alguma atividade que o desvincule do sedentarismo.

Será que os indivíduos consultados nesses estudos foram indagados com a possibilidade de uma discussão corajosa de sua realidade, não se escondendo nas dificuldades a adesão à prática de atividade física? Será que esses indivíduos foram educados para contestar o porquê das coisas, ou aceitam tudo que lhes é imposto? Indo mais fundo nos questionamentos, estariam todos esses indivíduos consultados nestas pesquisas compartilhando do que Freire (2002) denomina de consciências ingênua e mágica, preferindo acreditar que a prática de atividade física é privilégio de poucos? Onde está a consciência crítica desses indivíduos?

Freire (2002) explica que a “consciência crítica” é a representação das coisas e dos fatos como se dão na sua existência empírica e nas suas relações causais e circunstâncias. Normalmente, pessoas com senso crítico não muito desenvolvido, adotam posturas contrárias à anterior. Por exemplo: o indivíduo que se crê superior aos fatos, domina-os de fora e, por isso, se julga livre para entendê-los conforme melhor lhe agrada. Em outra situação, não chega a acreditar-se superior aos fatos, nem se julga livre para entendê-los, simplesmente os capta emprestando-lhes um poder superior, que o domina de fora e a ele se submete com docilidade. É próprio destas pessoas o fatalismo, que leva ao cruzamento dos braços e a impossibilidade de fazer algo diante dos fatos. Respectivamente, essas situações citadas envolvem as consciências denominadas pelo autor de “ingênua” e “mágica”.

Os estudos e posicionamentos que serão apresentados a seguir justificam de alguma forma o baixo nível de adesão à prática de exercícios físicos regulares expostos nos estudos anteriores. Estes estudos mostram somente uma perspectiva medicalizada da saúde, na qual a única finalidade da atividade física é a prevenção de doenças, não levando em consideração qualquer vontade e anseio do indivíduo. Seguindo esta perspectiva, só é importante para o

profissional que conduz o treinamento (melhor dizendo o tratamento) o que é prescrito.

Torna-se importante ressaltar que as opiniões expressadas a seguir têm sua relevância, mostrando a preocupação dos autores, através das doenças, de incentivo à prática de exercícios físicos, ou em demonstrar que o custo em tratamentos médicos é muito mais oneroso aos cofres públicos ou à própria pessoa do que a prevenção pela adesão à atividade física. Para finalizar, os estudos evidenciam a consideração que certas empresas teriam com a “saúde” de seus funcionários, colocando a atividade física como a solução para o aumento na produção e conseqüentemente do lucro.

Figueira et. al. (2005) defendem seu ponto de vista, fortalecendo o paradigma biomédico, argumentando que indivíduos que não atingem a recomendação do nível de atividade física através de um estilo de vida ativo, seja pela atividade cotidiana ou pela participação em programas de exercícios regulares, apresentam maior prevalência de doenças crônicas degenerativas (DCD) como obesidade, câncer, osteoporose, hipertensão, outras doenças cardiovasculares e doenças obstrutivas respiratórias, quando comparados com indivíduos que possuem um estilo de vida ativo.

A atenção dispensada ao indivíduo enquanto ele ainda não apresenta um quadro patológico é fundamental para que posteriormente não sejam gastos recursos bem mais onerosos para orçamento público com o tratamento. Ainda que essa relação custo benefício seja bastante impactante, observa-se um investimento tímido em programas preventivos, tendo como alicerce, ainda o conceito de sistemas de doenças, no qual a cura da doença é feita em detrimento do tratamento (FIGUEIRA et. Al. 2005).

Ainda fortalecendo a perspectiva medicalizada, que pouco colabora na adesão à prática de exercícios físicos, Santos et. al. (2005) mostram que, o investimento em programas de atividade física tem demonstrado uma relação custo benefício satisfatório, ou seja, quando se avalia o benefício da atividade física sobre a população, sobretudo no controle tanto primário como secundário das doenças crônico degenerativo, conclui-se que o retorno em relação à

economia em investimentos com tratamento da doença (remédios, horas pagas a médicos, custos com internações, etc.) é expressivo.

Em estudo realizado com funcionários da Secretaria Municipal de Saúde que desenvolvem suas atividades profissionais como auxiliares de escritórios e motoristas, buscou-se identificar por que esses sujeitos, mesmo sabendo dos benefícios da atividade física, não a incluem em seu cotidiano, ou o fazem tardiamente em decorrência de um diagnóstico médico (SANTOS et. al. ,2005).

Por não terem tempo, as pessoas não praticavam atividade física (52,8%); isso fazia com que ficassem desmotivadas (22,6%); conseqüentemente não adquiriram o hábito de praticar atividade física (12,3%). A atividade profissional não demonstrou relação com a atividade física por 47% da amostra, outros 29,1% realizam atividade profissional e atividade física leve, enquanto 19,7% relacionaram a atividade profissional com atividade física moderada e apenas 2,0% consideraram intensas as atividades desenvolvidas no local de trabalho.

Em outro estudo, realizado com trabalhadores homens de indústria metalúrgica da cidade de Caxias do Sul/RS, houve o objetivo de verificar a prevalência de queixas de dores e a prática de atividades físicas (MARCON et. al., 2005).

Observa-se neste estudo que 62,5% dos funcionários pesquisados do turno Noite não praticam alguma forma de atividade física. Apenas 37,5% dos pesquisados apontam para a prática de uma atividade física regular sendo a que maioria das indicações recai em modalidades esportivas praticadas com caráter recreativo, como o futebol de campo.

Quanto a queixas de dores dos empregados, a maior intercorrência foi observada na região dos ombros, tanto do lado direito quanto esquerdo, com 34,4% (para ambos). A alta freqüência de dores nessa região pode ser explicada pelo fato da exigência de esforços repetidos durante a jornada de trabalho, haja vista que todos os trabalhadores entendem que seus esforços podem ser classificados entre moderado a exaustivo.

Já quanto à classificação do trabalho segundo o esforço percebido pelos trabalhadores, observa-se que a maioria dos trabalhadores (53,1%) percebe seu

trabalho como sendo de intensidade moderada. No entanto, 46,9% dos trabalhadores notam suas atividades laborais como sendo fortes (18,8%), muito fortes (15,6) ou exaustivas (12,5%).

Marcom et. al. (2005) acreditam que desse modo, a prática de alguma atividade compensatória, relaxante ou recreativa, pode interferir de modo significativo a fim de reduzir a incidência de queixas de dores relacionadas ao trabalho. Percebe-se também que as pessoas estão praticando menos atividade física devido à mecanização de várias áreas industriais aliada a uma intensa jornada de trabalho, afastando cada vez mais à prática de atividades esportivas da vida do ser humano.

Para os autores o sedentarismo está tomando conta da sociedade e esta colhe os frutos da acomodação com o aumento do número de pessoas obesas, estressadas e com dificuldades em relacionar-se. Segundo os autores, o trabalhador que reserva alguns minutos da semana para exercitar-se terá mais disposição e seu serviço irá render muito mais.

As opiniões e pesquisas acima analisadas demonstram uma preocupação com diferentes fatores, sobre tudo o fator produtivo do ser humano. O que menos interessa nestes casos é o que considero o principal, seria compreender esse indivíduo como um todo, um ser pensante, que tem vontades e anseios. Devemos compreender que o sedentarismo extrapola a dimensão unicamente fisiológica e financeira.

Acreditamos que é preciso verificar as condições e ouvir a opinião das pessoas antes de lhe impor algo, oferecer opções para que suas vontades e anseios sejam realizados, e assim sendo a adesão à prática regular de exercícios físicos torna-se facilitada.

Indícios desse pensamento aparecem no estudo realizado com operadores de caixa de supermercado em Florianópolis. Os autores buscaram identificar quantos praticavam atividade física, quais atividades os sujeitos praticavam, com que frequência e duração e, finalmente, porque aderiram à prática.(BATTISTI et. al.,2005).

Quanto a praticar atividade física, 57% dos operadores de caixa de supermercado disseram praticá-la. Verificou-se que a atividades referidas com maior ênfase pelos operadores de caixa de supermercado foi: caminhada (30%), academia (21%), corrida (14%), jogar futebol (21%) e andar de bicicleta (14%). Quanto à frequência, verificou-se que 18% dos operadores de caixa de supermercado praticam atividade física apenas 1 dia por semana, 24% indicaram praticar atividade física 2 dias ou mais por semana, também 24% referiram praticar atividade física 3 dias ou mais por semana. O restante, representando 34% da amostra, informou praticar algum tipo de atividade física quatro dias ou mais por semana.

Quanto à duração da atividade, verificou-se que 6% dos operadores de caixa de supermercado praticam atividade física num período de menos de 15 minutos, 29% informaram praticar atividade física num período de 15 a 30 minutos e 65% referiram praticar atividade física num período maior de 30 minutos.

Finalmente, quanto ao motivo da prática, verifica-se que a maioria dos operadores de caixa de supermercado (40%) prefere praticar atividade física para promover a saúde. Outros 20% do total, disseram que melhorar a aptidão física era o principal motivo da prática de atividade física. Representando 13%, os motivos para a prática seriam: ocupar o tempo livre e porque gosta. Com 7% de representatividade, dois fatores que influenciaram a prática de atividades física: por recomendação médica e para prevenção de doenças.

Torna-se importante ressaltar que, o ato de promover a saúde parece estar ligado mais à aptidão física, do que propriamente à Promoção da Saúde, que envolveria questões mais profundas como políticas sociais e práticas educativas que serão abordadas posteriormente.

Este estudo mostra uma situação animadora relacionada à prática de atividades físicas por trabalhadores. A adesão é fortalecida, pois através dos dados coletados não parece que a atividade física é algo imposto, pelo contrário, nas opiniões expressas pelos participantes, parece claro que estes indivíduos cultivam o prazer e o valor a atividade física. Não é por acaso que o percentual de

pessoas ativas (provavelmente de baixa renda) é maior que dos estudos colocados anteriormente.

Estas questões exploradas até então, e as questões de estrutura física, como locais, materiais e valores financeiros abordadas daqui a diante, se colocam no centro das discussões sobre sedentarismo e as barreiras a serem enfrentadas para a inclusão de atividade física na vida cotidiana da população brasileira.

Academias de ginástica, juntamente com parques e praças públicas poderiam ser apontadas como uma solução, no que diz respeito a parte física para o sedentarismo, pois se apresentam como um centro com potencial para demanda em serviço de saúde primário. O fato é que alguns obstáculos para esta adesão se apresentam no caminho.

De modo geral, as pessoas estão conscientes que a prática regular de exercícios se constitui num fator de proteção à saúde, mas daí a procurar esse serviço numa academia vai uma grande distância. Deve ser pelo simples motivo de que a consciência de que falamos não é a crítica, a que busca ir fundo nos fatos, mas sim a ingênua ou mágica que analisa de modo superficial os acontecimentos.

As grandes academias de ginástica e musculação em nossa ótica, investem em um marketing superficial, repetitivo, reducionista, voltado ao estético, aos padrões de beleza vigentes, aos modismos da época.

“*Fábrica de Aviões*” é apenas um exemplo recente do tipo de propaganda, veiculado na capital paraibana, dos serviços de uma academia de ginástica. As academias de ginástica ainda não entenderam as mudanças conceituais, da passagem de elementos puramente estéticos para um paradigma de educação para a saúde. A satisfação com o corpo é importante para a auto-estima, entretanto, essa satisfação deveria ser vista como conseqüência do envolvimento com a prática de movimentos e não como um fim nela mesma (TOSCANO, 2001).

Para atingir um maior público, o que nos parece ser o principal objetivo de uma academia, será preciso mudar a visão única e exclusiva do estético para uma visão mais abrangente, conscientizando a população de que, na academia o indivíduo terá uma grande opção de atividades, podendo escolher a que mais lhe

agrade e que melhor atenda suas necessidades pessoais sem sofrer preconceito dentro destes locais.

Toscano (2001) mostrando que, felizmente nesses últimos anos, a Educação Física, através de seus cursos de pós-graduação, tem contribuído muito para as ciências da saúde, tendo atuado sob uma perspectiva da saúde pública. Mesmo assim, há carência de instituições cujo modelo de ação seja centrado na saúde das pessoas, através de exercícios físicos.

Outro problema relacionado à prática de atividades físicas em academias de ginástica e musculação está no alto valor praticado em suas mensalidades. Nem todos podem pagar os devidos valores por este serviço, já que muitos indivíduos de nossa sociedade, como os citados anteriormente (operadores de caixas de supermercado, motoristas, auxiliares de escritório e metalúrgicos) recebem por mês o valor correspondente a uma mensalidade em uma academia de luxo.

Em uma rápida busca realizada via internet, com pretensões de verificar o valor cobrado por este serviço, pudemos averiguar que o preço praticado nas academias de musculação e ginástica é bastante alto se comparado ao salário mínimo de nosso país.

É legítimo que estas instituições privadas cobrem tais valores em suas mensalidades, pois investem alto em aparelhagem, infra-estrutura, manutenção e funcionários capacitados que estão sempre atualizados com inovadores programas de atividade física, para melhor atender seus clientes. Só que infelizmente, parece que poucos têm acesso a tal serviço.

Até existem academias de musculação e ginástica com valores mais em conta, como mostra a reportagem publicada no Jornal do Brasil, na qual Nunes (2004) coloca que academias situadas na periferia do Distrito Federal cobram entre R\$ 20,00 à R\$ 25,00 mensais para alunos terem acesso a aulas de musculação e ginástica. Aparentemente, a princípio, seria uma solução para os problemas de indivíduos de baixa renda relacionados à prática de exercícios físicos. Entretanto o problema aparece de outra forma.

Provavelmente, muitas destas academias ainda são dirigidas pelos chamados “marombeiros” ou “bombados”, (praticantes demasiadamente entusiasmados por musculação) pessoas não-habilitadas a orientar condicionamento físico, prescrever dietas e tratar lesões, atividades estas que competem ao professor de Educação Física, a Nutricionistas e Fisioterapeutas, ou Ortopedistas, respectivamente.

Nunes (2004) acrescenta mostrando que um professor deve conhecer de anatomia e fisiologia até processos pedagógicos para ministrar atividades físicas. Os riscos de um professor “marombeiro” ou “bombadão” vão desde a estética até à saúde do praticante. Ele pode prejudicar alguém que não suporta certa carga de exercícios, causando-lhe lesões musculares e até cardíacas. O autor ressalta também, o perigo de exercitar-se em academias com equipamentos de musculação em mau estado de conservação, lembrando que podem, por exemplo, desenvolver mais um lado do corpo que o outro.

Apesar de ser formado em Educação Física e não ter noção alguma de administração de empresas me parece difícil manter uma academia de musculação e ginástica segura e viável economicamente com R\$ 25 de mensalidade.

Vicentin & Gonçalves (2005) em estudo realizado com população de baixa renda do bairro São Marcos, Campinas, São Paulo, buscou descrever e analisar a relação que a atividade física tem com a saúde para estes indivíduos e, posteriormente identificar os determinantes ao seu acesso.

Segundo a autora, estes indivíduos pesquisados compreendem a atividade física como benéfica, mostrando relativo discernimento quanto ao tipo de exercício físico praticado e suas implicações sobre o sedentarismo. Apesar disso, observou real distanciamento desse pensamento para a prática efetiva.

Isso pode ser entendido pelas próprias condições sociais, mostrando a preferência de investir seu suado salário com necessidades básicas para a cidadania, como condições de moradia e alimentação, naturalmente priorizadas pelas comunidades carentes ao mesmo tempo em que não são solucionadas por ações governamentais.

Como alternativa às caras mensalidades praticadas em certas academias, e ao péssimo serviço prestado em outras, praças e parques públicos seriam uma alternativa natural para a prática de atividades físicas por trabalhadores, principalmente os de baixa renda.

O problema agora é que estas áreas se localizam muito distantes da periferia (onde está concentrada a maioria de nossa população carente) e, assim, as pessoas ficam restritas à prática de atividades esportivas em sua comunidade.

Vellino et.al. (2005) retratam esta situação expondo seu ponto de vista, mostrando que na periferia de São Paulo, em regiões de crescimento desordenado, não há espaços livres e comuns. Onde se ordena o crescimento, nas regiões pobres e periféricas, enfileiram-se prédios como se enfileiram pedras de dominó. Em cada brecha surge uma nova casa, um novo barraco. Esquece-se a importância dos espaços de convívio social, pois as áreas de comum convívio restringem-se a estacionamentos.

O autor acrescenta mostrando que na periferia, quase não há praças nem parques. Onde as praças e os parques não desaparecem, viram redutos de delinquentes e desocupados, por falta de equipamentos, de atividades, de programação, fazendo com que se chegue a ponto de considerar o Lazer, direito de todos, um vício. Não por acaso, botequins e igrejas proliferam onde faltam outros espaços de convívio comunitário.

Para Vellino et.al. (2005) nesses lugares desassistidos, muito distantes do centro e de regiões nobres da cidade, o cidadão cansado e sem dinheiro ou ânimo suficientes para deixar sua área no fim-de-semana, isola-se em sua casa. Busca refúgio, defesa, encerrando-se com a família no espaço restrito por suas paredes. Sem espaço para atividades comunitárias, para comungar atividades de Lazer com vizinhos, sua vida fora do trabalho passa a ser porta adentro e, não por acaso, seu Lazer limita-se ao que a televisão oferece. É certo que atividades de Lazer e Culturais realizadas em regiões centrais da cidade não são eficazes, nem mesmo como paliativo para estes problemas, dado que as comunidades pobres da periferia não só não têm possibilidade de acesso a elas como também, na

maior parte das vezes, nem mesmo têm a percepção da diferença que estas atividades podem fazer em sua qualidade de vida.

Além de todas essas dificuldades e obstáculos acerca da prática de atividades físicas pela população brasileira, devemos levar em consideração que existem pessoas que não gostam, não querem, não vêem como um valor próprio e nem como uma necessidade na sua vida à prática regular e sistematizada de exercícios físicos.

Estas questões serão abordadas no capítulo seguinte através da análise de intervenções pedagógicas possíveis, já que valores são valores e não podem ser mudados da noite para o dia, como a construção de uma quadra poliesportiva ou uma pista de Cooper.

3.3. Promoção da Saúde como modelo de intervenção.

Percebemos anteriormente, através da literatura consultada, que o Brasil é conhecido mundialmente como o país das desigualdades sociais. Também pudemos notar que nem todos em nosso país têm as mesmas oportunidades na vida, desde o nascimento até a morte.

Notadamente quando falamos de saúde e conduzimos toda esta problemática à Educação Física, especialmente à atividade física, podemos retratar a acentuada diferença que existe entre pobres e ricos.

Acreditamos então, que o ideário da Promoção da Saúde, fortemente respaldado por práticas autônomas, como pregava Paulo Freire, sirva como um impulso inicial para o governo, nos âmbitos federal, estadual e municipal e, porque não, para a própria comunidade desenvolver seu potencial, melhorando a vida e conseqüentemente a saúde de nossa população tão sofrida.

Portanto, parece necessário neste momento esclarecermos o que vem a ser de fato o movimento da Promoção da Saúde, já que muitos não o conhecem ou fazem uso inadequado de seus princípios básicos.

Voltando um pouco no tempo, basicamente no início dos anos 70, surgia em países desenvolvidos como Canadá, essa nova abordagem em saúde ou um

novo movimento em prol da saúde, tornando-se uma das principais linhas de atuação da OMS (Organização Mundial de Saúde) influenciando a elaboração de políticas públicas nessa área nos anos seguintes (CARVALHO, 2004).

Este movimento denominado de Promoção da Saúde tem como referência dois documentos chaves em sua história. O relatório Lalonde, que defendia uma perspectiva behaviorista da Promoção da Saúde e a Carta de Ottawa, que propõe mudanças visando a evolução do modelo anterior (CARVALHO, 2004).

O relatório Lalonde, proposto pelo Ministério do Bem-Estar e Saúde do Canadá preconizava como metas centrais de intervenção ações que procuravam agir sobre o comportamento individual não saudável das pessoas. Portanto práticas não saudáveis eram consideradas “riscos auto impostos” afirmando desta forma novos modelos de intervenção sobre os hábitos de vida considerados perigosos. O autor acrescenta mostrando que no início dos anos 80, essa perspectiva recebia diversas críticas, porque escondia as mazelas e estruturas sociais causadoras da não-doença, culpabilizando as vítimas das desigualdades sociais.

Ajustes foram realizados visando aperfeiçoar o que vinha sendo feito na década de 70, mostrando que, a partir de então, o principal objetivo do ideário da “Nova Promoção da Saúde” visaria desenvolver o “empowerment” em indivíduos e comunidades, aumentando o nível de informação e conhecimento, proporcionando às pessoas condições para que escolhessem modos de vida mais saudáveis (CZERESNIA, 2003)

"Empowerment" é um conceito complexo que toma emprestadas noções de distintos campos de conhecimento. Esta denominação surgiria da "ação social" presente nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX, decorrente das lutas pelos direitos civis, do movimento feminista e ideológico, influenciado pelos movimentos de auto-ajuda nos anos 70, pela psicologia comunitária nos 80, e pelo influxo de movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, dentre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico nos anos seguintes (CARVALHO, 2004).

O autor mostra, ainda, que existe certa dificuldade no modo com que este termo “empowerment” vem sendo traduzido em textos nos idiomas português e espanhol. Sinônimos como "empoderamento" (não existente em português), "apoderamento" e "emancipación", significando coisas diferentes, uma vez que "apoderar" parece estar ligado mais intimamente à idéia de dar posse, "domínio de", "apossar-se", "assenhorear-se", "dominar", "conquistar", "tomar posse" do que propriamente a de fornecer poder a alguém. São diferentes também as definições que diferem do verbo "emancipar" que, por sua vez, significa "tornar livre, independente". A inexistência do termo "empoderamento" e a diversidade de sentidos dos termos "apoderamento" e “emancipación” demonstram a dificuldade de realizar a tradução exata de "empowerment" para o nosso idioma.

Por todas estas colocações em torno da dificuldade de tradução do termo “empowerment” para nossa língua, ficamos mais seguros em usá-lo na sua língua original.

A Carta de Ottawa define “empowerment” como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002)

Capacitar estes indivíduos ou empoderá-los e aumentar sua participação no controle da própria saúde significa, de certa forma, fornecer a eles conhecimento suficiente para entender um conjunto de valores como: vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (FARINATTI,2000 ; BUSS, 2003).

Segundo os autores, se estes valores fizerem parte da vida dos indivíduos e comunidades, torna-se assim facilitada a missão de, com base em tudo que foi colocado anteriormente, fazer com que os indivíduos se sintam competentes para escolher seu próprio caminho, inclusive o auto cuidado com a saúde, tirando assim um pouco da responsabilidade dos órgãos de saúde pública brasileiros.

Moreira (2001) acrescenta que é necessário, nos dias de hoje, trabalharmos sobre a mudança de uma visão baseada em valores egoístas, na qual cada um se

coloca sempre como centro das atenções, mudando para um paradigma mais solidário, no qual haja cooperação entre as pessoas no ambiente em que vivem.

Assim, a Promoção da Saúde passou a ser vista como uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença, como emprego, renda, educação, cultura, lazer e hábitos de vida. Desse modo, busca proporcionar aos povos meios necessários para melhorar sua saúde, cabendo ao Estado a responsabilidade de reduzir as diferenças, assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam a todos desenvolver um melhor controle sobre a saúde (AERTS et. al. , 2004).

A I Conferência Internacional da Promoção da Saúde publicou na carta de Ottawa (1986) alguns itens que viriam reforçar a idéia central desta nova abordagem em saúde (BRASIL, 2002). Estes itens seriam os seguintes:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- E a reorientação do sistema de saúde.

A partir da Conferência de Ottawa, outros conclaves desse porte e reuniões diversas foram realizados, procurando mostrar que o caminho da Promoção da Saúde se constrói através de intervenção social e de processos que transcendem o objeto específico saúde. Novas estratégias de trabalho e ações políticas levam a rupturas de paradigmas tradicionais dos serviços de saúde, seja nas abordagens técnicas e conceituais, seja também na estrutura hierarquizada do poder dos profissionais da área. Nesse contexto, o caráter de interdisciplinaridade e de participação torna indispensáveis práticas cujas responsabilidades devem ser necessariamente compartilhadas por todos profissionais técnicos dos diversos setores envolvidos e a população (MELLO et al., 1998).

Os autores acrescentam ainda que políticas amplas e programas específicos em Promoção da Saúde vêm sendo conduzidos com êxito em vários países desenvolvidos. Entretanto, na América Latina, as experiências têm sido

tímidas, ocasionais, isoladas e marcadas por descontinuidades. Particularmente no Brasil, a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (MS, 1986), muito se falou sobre Promoção da Saúde, contudo políticas e ações não têm sido implementadas no cotidiano dos serviços, observando-se com freqüência o uso inadequado do termo, geralmente confundido com práticas de prevenção, educação ou comunicação em saúde.

Assim como o Canadá, Estados Unidos e parte da Europa Ocidental fizeram em meados dos anos 80, o governo brasileiro precisaria adotar em caráter de urgência uma nova política de saúde pública. Atualmente o modelo de saúde adotado no Brasil, denominado por Farinatti (2000) como modelo Biomédico, é caracterizado por ter uma abordagem medicalizada, atuando preferencialmente na cura e prevenção de doenças e enfermidades.

Para Paim (2003), continua garantido em nosso país o sistema de saúde que enfatiza o Modelo Médico-Assistencial Privatista (ênfase na assistência médica hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e no Modelo Assistencial Sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária).

De acordo com Czeresnia (2003), através de modelos preventivos ou curativos, a saúde é entendida meramente como a ausência de doenças e enfermidades. A intervenção profissional acontece principalmente em indivíduos que já tenham desenvolvido alguma patologia, intervindo diretamente com medicação, caracterizando uma abordagem de causa e efeito.

Como dito anteriormente, no modelo Biomédico ou negativo exposto por Farinatti (2000), o conceito de saúde é colocado simplesmente como a ausência de doença e enfermidades. Já na Promoção da Saúde o conceito se torna multidimensional e positivo. No âmbito das intervenções profissionais, tradicionalmente realizadas por médicos e enfermeiros entre tantos outros profissionais da área da saúde, estas intervenções passam a ser participativas, atuando em toda população em seu ambiente natural e não somente em grupos específicos de doentes.

Farinatti (2000) mostra que, através de uma abordagem medicalizada ou eminentemente negativa, o indivíduo que adere a programas de atividade física visa exclusivamente à cura e prevenção de doenças.

Podemos listar diversas situações para ilustrar esta colocação acima exposta. Por exemplo:

- Realizar atividades aeróbias que promovam a diminuição ou manutenção da pressão arterial em hipertensos, fortalecendo o sistema cardiovascular;
- Realizar atividades como pesos promovendo a manutenção da massa magra, evitando problemas com locomoção ou dependência física em idosos;
- Desenvolver trabalhos de flexibilidade, proporcionando maior amplitude articular para indivíduos que sofram de dor lombar.

O problema no caso se apresenta pelo motivo da atividade física estar sempre relacionada a algum tipo de doença ou enfermidade.

Segundo Bagrichevsky & Palma (2005) todas estas colocações até então discutidas sobre o paradigma biomédico relacionado à prática de atividades físicas regulares de modo algum são despropositados ou não produzem qualquer interferência positiva sobre o organismo, mesmo porque a literatura competente, através de diversos estudos, evidencia as ações fisiológicas terapêuticas benéficas da atividade física sobre certas patologias ou enfermidades. Todavia, algumas interpretações se fazem necessárias para analisar com mais cuidado as tentativas de massificação de uma norma moralizante que tem sido disseminada na Educação Física através da apologia a um estilo de vida ativo.

Os autores concluem que a super valorização de pesquisas de cunho biológico (quantitativas) tem objetivado reafirmar uma relação entre o sedentarismo e a prevalência de doenças. Contudo há muito que se investigar nesta relação causal. Será que o exercício físico é gerador de saúde, ou existem outros fatores que a determinam? Parece que estas e outras questões deste tipo não podem ser respondidas através de métodos de pesquisa quantitativos.

Deste modo, as investigações realizadas na área da saúde, especialmente na Educação Física, considerando em sua maioria abordagens biológicas, colocam o exercício como principal promotor da saúde, desconsideram fatores importantes como saneamento básico, distribuição de renda, nível de escolaridade, desemprego, alimentação, moradia, tempo livre e acesso a serviços básicos entre outros que moldam a vida cotidiana das pessoas (BAGRICHEVSKY & ESTEVÃO, 2004).

Outro ponto negativo do chamado modelo biomédico aparece quando pessoas totalmente saudáveis, com base em influências externas (mídia, amigos, família) passam a praticar exercícios físicos pelo simples medo de desenvolver doenças futuras.

Nestes moldes, o indivíduo adere à prática regular de atividades físicas não por prazer ou por entender aquilo como um valor, mas sim por recomendação ou até imposição médica em casos mais extremos.

Freire (2002) classifica estas situações acima citadas em termos de um “antidiálogo”. A relação entre médico e paciente nesses casos é uma relação vertical, arrogante e desamorosa. Não é humilde por parte do médico ou por quem estiver à frente do tratamento. No antidiálogo quebra-se a relação de simpatia entre as partes. Por estes e outros motivos o antidiálogo acaba não gerando criticidade, sendo caracterizado não por comunicar, mas sim por fazer comunicados.

O autor acrescenta que a solução para esta problemática está no diálogo. Este é justamente o contrário do antidiálogo, porque a relação entre as partes (médico e paciente) é horizontal. Nasce de uma matriz crítica, o médico no caso e gera um maior senso crítico no paciente. A partir daí instala-se uma relação simpática entre ambos, o que acaba ocasionando boa comunicação.

Freire (2002) conclui mostrando que quando impomos uma ordem, no caso exercícios físicos que previnem ou curam alguma doença, esse indivíduo não adere à atividade proposta e sim se acomoda por não entender ou dar o verdadeiro valor a seus benefícios.

Seixa (2005) concorda com Freire e acrescenta mostrando que a humanização da assistência à saúde serviria como um bom instrumento para a melhora na saúde pública brasileira. O autor coloca que no relacionamento interpessoal do usuário de serviços de saúde e o profissional que o atenderá, antigamente o cliente se sentia acolhido, apoiado e tranquilizado pelo prestador de assistência, fosse ele o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, professor de Educação Física entre outros.

O autor conclui dizendo que é preciso resgatar a humanização nos serviços de saúde, recuperando este tipo de relacionamento interpessoal, afastando os fatores que o dificultam e o destroem e sempre que possível criando fatos novos que o fortalecem.

Para que indivíduos desfavorecidos se tornem mais participativos, como propõe o ideário da Promoção da Saúde e, assim, terem condições de fazer escolhas saudáveis, seria importante desenvolver a idéia do auto-governo, que de acordo com Freire (2002) tem como prioridade formar indivíduos e comunidades autônomos, através de uma educação para tomada de decisões, para a responsabilidade social e política.

Segundo Schneewind (2001) há muitos anos atrás, Kant (1724-1804) já dizia que a autonomia estaria associada ao conceito de auto-governo e que questões sociais e valores seriam peças fundamentais para a construção deste conceito. A idéia central é que somos seres racionais, que espontaneamente impomos a legalidade ao mundo em que vivemos e, assim, criamos nossa ordem básica.

Então, parece claro que o desenvolvimento da auto-capacitação coloca a autonomia no centro das estratégias da Promoção da Saúde (CZERESNIA, 2003; FARINATTI, 2000). Assim sendo, considera-se que a educação é o principal fator contribuinte para fazer com que as pessoas tomem consciência de si e reflitam sobre suas ações para que possam escolher melhor suas decisões (FREIRE, 2002).

Portanto, recorrer à educação como modo de intervenção parece ser uma boa solução para esta problemática. A educação pode ser considerada um

processo fundamental para capacitar pessoas e comunidades em busca da autonomia (FREIRE, 1996). Deste modo, torna-se importante que na Educação Física os indivíduos estejam capacitados para que possam escolher qual atividade é mais conveniente a ele praticar, pois só a pessoa bem esclarecida sabe melhor de seus limites, gostos, necessidades e vontades. Considerando que o praticante realiza a atividade física com prazer os benefícios vão além dos fisiológicos e preventivos e a adesão à atividade regular é facilitada.

Não basta somente escolher a atividade que mais lhes agrade ou que melhor atenda suas necessidades, é indispensável que aqueles que são chamados a escolher, sejam colocados diante de alternativas reais e postos em condição de poder escolher entre uma e outra atividade. No entanto, para a efetivação dessa condição, é de fundamental importância que seja garantido a todos os denominados direitos, chamados no primeiro capítulo de liberdades (MARTINS, 2004).

Então, como formar indivíduos e comunidades com a possibilidade de tomada de decisão, se nós, professores de Educação Física, atuamos e ministramos aulas baseadas em idéias e conceitos formados ao longo dos anos, dando cada vez mais força para o modelo de saúde biomédico?

Freire (2002) como dito no capítulo anterior, propõe uma educação que possibilite a passagem de uma transitividade ingênua (denominada de consciência ingênua ou mágica) a uma transitividade crítica (consciência crítica), mostrando as pessoas à importância de tomarem consciência do que são e do que representam para a sociedade, se colocando e reivindicando direitos, proporcionando uma sociedade mais democrática.

Não podemos compreender, numa sociedade dinamicamente em fase de transição, uma educação que leve o homem a posições quietistas, ao invés daquela que o levasse à procura da verdade em comum, “ouvindo, perguntando, investigando”. Só podemos compreender uma educação que fizesse o homem cada vez mais consciente de sua transitividade, que deve ser usada tanto quanto possível criticamente, ou cada vez mais com racionalidade (FREIRE, 2002).

Demo (2002) compartilha das mesmas idéias de Freire e acrescenta que a autonomia é a arma coletiva da população e a sua habilidade pode definir a própria vida social em termos morais e calçar seus pensamentos na forma de ações sociais coletivas.

Também para Sen (2000) a educação fornece às pessoas certos subsídios para que possam refletir melhor sobre tudo que seja importante, tanto no âmbito profissional, quanto na sua vida pessoal.

Para certas pessoas, podemos utilizar as religiões como exemplo para a falta de autonomia e censo crítico. David Hume (1711-1776) deixa claro que pessoas religiosas acabam subordinadas a algo maior que as prende e, desta forma, têm de seguir regras impostas pela igreja, consideradas por eles leis divinas (SCHNEEWIND, 2001).

Para Hume, o caminho está em extrair a religião da moralidade, fazendo com que as pessoas possam investigar sobre algo que as incomode. Permitir certas reflexões sobre as ações da sociedade, questionar para tentar melhorá-las, e não ficar subordinado a leis que são consideradas superiores.

Assim como na religião, as regras da sociedade afetam o comportamento das pessoas, subtraindo desta forma sua autonomia, pois a todo o momento são influenciadas a tomarem atitudes, sem que haja reflexão em suas decisões, desconsiderando totalmente qualquer tipo de vontade e anseio desejado pelo indivíduo.

Se nossos cidadãos fossem educados com a possibilidade de contestação, pensando criticamente ao invés de acreditar em tudo que lhes é imposto, provavelmente na área da Educação Física não existiriam tantos profissionais que só reproduzem o que lhes é pedido, sem fazer os necessários ajustes nos programas de atividades dos diferentes indivíduos. Desta forma, pessoas interessadas em práticas esportivas ficam condicionadas a serem dependentes e impedidas de tomar decisões e até, se for o caso, sem a autonomia necessária para realizar seu exercício sem a presença de alguém que o conduza.

Deste modo, parece necessário que nós educadores físicos, dentre tantos outros educadores, mudemos nosso modo de pensar e ensinar. Levar em

consideração os gostos e desejos do aluno, ao invés e simplesmente reproduzir uma aula de hidroginástica ou localizada, sempre o incentivando a novas descobertas, desenvolvendo assim uma capacidade reflexiva.

Neste sentido, ensinar não significa transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua construção ou a sua produção. O professor ideal não é aquele que expõe o conteúdo aos educandos, mas sim aquele que leva ao aluno a capacidade de compreensão através da reflexão e interpretação (FREIRE, 1996).

Todas estas reflexões feitas em relação à autonomia podem e devem ser consideradas como um meio mais coerente e correto de atuação dos profissionais de Educação Física junto à sociedade.

Parece importante então, como dito anteriormente, que o indivíduo entenda à prática de atividade física como um valor próprio e o compartilhe com amigos, vizinhos e familiares, podendo desencadear um ciclo ininterrupto de informação e conhecimento dentro de sua comunidade.

Torna-se importante dizer neste momento, que não basta apenas levar em conta a opinião do indivíduo e fazer com que ele entenda os benefícios da prática regular de exercícios físicos. Segundo Ferreira & Najjar (2005) analisando melhor a questão da adesão à prática de atividades físicas, as autoras apontam a necessidade de se ampliar o número de ações e avaliações de programas que visam atender grandes massas. Além do grande número de pessoas fisicamente ativas, é preciso considerar variáveis como oferta, acessibilidade e qualidade de espaços para traduzir melhor o desempenho das ações adotadas, tornando mais consistentes a elaboração e a avaliação desses programas de promoção da atividade física de larga abrangência populacional.

De fato, a literatura revela que a adesão à prática de atividades físicas e desportivas sofre a influência de muitos fatores como: experiências anteriores na prática desportiva e de exercícios físicos; apoio do cônjuge e de familiares; aconselhamento médico; conveniência do local de exercitação; aspectos biológicos e fisiológicos do praticante; gênero; auto-motivação para a prática do exercício; disponibilidade de tempo; condição sócio-econômica; acesso a

instalações e espaços adequados e o próprio conhecimento sobre a prática de exercícios físicos (FERREIRA & NAJAR,2005).

Com base nesses argumentos podemos perceber que o movimento da Promoção da Saúde e das práticas autônomas, principalmente aquelas ligadas às atividades físicas, podem colaborar e muito para a melhora na vida e na saúde dos praticantes.

Um passo importante e totalmente coerente com as reflexões formadas nos últimos 20 anos sobre a Promoção da Saúde é o de proporcionar aos indivíduos e comunidades, informações e conhecimentos, mas agora ligados à Educação Física e áreas afins, favorecendo condições de vida mais saudáveis através de suas próprias escolhas.

Um exemplo disto está na Universidade São Judas Tadeu, que em 2001 implantou no campus da instituição o *Projeto Sênior para a Vida Ativa*, um dos poucos realmente estruturados a partir da Promoção da Saúde no seu sentido mais amplo.

No Projeto Sênior os conhecimentos são transmitidos por meio de ações pedagógicas que promovem o desenvolvimento dos conteúdos factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais, julgados necessários para favorecer as mudanças nas atitudes dos indivíduos. Através de aulas teórico-práticas os indivíduos (no caso idosos) são estimulados à reflexão sobre sua realidade e à compreensão da atuação do processo de envelhecimento sobre os diversos sistemas do corpo, bem como sobre em que medida a atividade física pode colaborar para o estímulo desses sistemas, promovendo adaptações (MIRANDA, GEREZ & VELARDI, 2002).

De acordo com as autoras, os sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso, articular e músculo-esquelético, apresentam-se como temas geradores de possíveis soluções/problemas e, posteriormente, são propostas atividades que estimulem cada um desses sistemas. A partir da prática das atividades os idosos são levados a refletirem sobre o que sentem ao realizar os exercícios, ao mesmo tempo em que são propostas associações entre aquilo que é feito no Projeto e a vida cotidiana. Além disso, é a partir daquilo que é experimentado que os alunos

aprendem os fatos e conceitos associados a cada sistema e a realizarem os exercícios específicos. Busca-se em cada vivência a aprendizagem de fatos, conceitos, procedimentos, valores e atitudes relacionados à atividade física. Deste modo, os alunos são levados a pensar criticamente, baseado nos conhecimentos adquiridos sobre como seriam capazes de superarem as dificuldades mais comuns para manter um estilo de vida ativo. Para isso são colocadas situações do tipo solução-problema, em que os alunos são confrontados com a realidade para que possam criar alternativas a partir daquilo que os impediria de manterem-se em atividade. Com base em suas descobertas, são estabelecidas discussões em grupo que podem se transformar, futuramente, em soluções individuais ou coletivas.

Por fim, após todo este processo realizado em um ano, o idoso deixa o programa, aspecto que visa fortalecer ainda mais a autonomia para a atividade física. Se esses indivíduos que tiveram passagem pelo Projeto Sênior para Vida Ativa da USJT se inserirem em programas já disponíveis, procurarem atuar junto à comunidade ou às autoridades competentes no sentido de buscar soluções para a criação de novos programas de atividade física ou espaços para a sua prática, as autoras acreditam que o objetivo final foi alcançado.

Em se tratando de outro público, as crianças, mas continuando no mesmo assunto, a Promoção da Saúde, Pereira et al. (2005) acreditam que a Educação Física dentro das escolas deveria proporcionar atividades que promovessem o desenvolvimento global dos alunos, criando condições para tornarem-se independentes, participativos e autônomos em seus pensamentos e ações.

Diante desta constatação, o autor resolveu analisar o quanto um programa sistematizado de atividades físico-recreativas pode colaborar na aprendizagem motora das crianças, na sociabilização e no relacionamento psico-social.

O programa foi aplicado junto a 40 crianças de 7 a 10 anos, alunos de uma escola municipal da cidade de Bauru, Estado de São Paulo, com freqüência de duas aulas semanais com uma hora e meia de atividades diárias sempre ministradas por graduandos de Educação Física. O planejamento das atividades respeitava um diagnóstico inicial em que se identificou nas crianças suas

necessidades motoras e psico-sociais, estabelecendo-se semanalmente a habilidade motora e conteúdos referentes à sociabilidade, como por exemplo o respeito, organização etc. As aulas propriamente ditas eram desenvolvidas por meio de jogos e esportes, relevando-se a ludicidade, a cooperação e a expressão corporal.

Constatou-se através desta pesquisa que houve melhoras significativas no aspecto motor e principalmente no aspecto social. Amenizaram-se os conflitos interpessoais e agressões entre os alunos. Solidificou-se o respeito entre aluno-aluno e aluno-professor, a participação efetiva e espontânea dos alunos nas atividades, a cooperação entre eles, a confiança nos professores e nos próprios colegas e a organização nas atividades e fora delas. Houve também uma mudança e aceitação relativa no conceito do que é uma aula de Educação Física, ou seja, que esta ultrapassa o sentido de simplesmente priorizar uma aula de futebol ou vôlei.

Os autores concluíram que a Educação Física tem um papel importantíssimo e imprescindível na formação do aluno em sua base. Quando há planejamento, que envolva um trabalho diferenciado de objetivos claros e amplos, o professor que joga a bola e apita a partida sai de cena, e entra o professor que auxilia o indivíduo no seu desenvolvimento integral físico, psíquico e social, tornando-o atuante na sociedade em vive.

Outras iniciativas parecidas com as anteriores e relacionadas totalmente ao ideário da Promoção da Saúde e práticas autônomas propostas por Paulo Freire, acontecem no Rio Grande do Sul, especificamente nas escolas da capital Porto Alegre e com servidores públicos do estado de São Paulo. Elas são denominadas respectivamente de Escola Cidadã ou Democrática e Programa Prevenir.

A proposta pedagógica da escola cidadã surgiu como resposta à burocratização do ensino e sua ineficiência, pois o sistema oficial de ensino não conseguia garantir a qualidade e a inclusão social, uma vez que trabalhava os conteúdos completamente descolados da realidade vivenciada pelos alunos e suas famílias. A escola cidadã ou democrática tem como eixos norteadores à integração entre educação e cultura, escola e comunidade; a democratização das

relações de poder dentro da escola; o enfrentamento da repetência e da avaliação; a visão interdisciplinar; e a formação permanente dos educadores (AERTS et al. ,2004).

Aerts et al. (2004) esclarecem que, a escola cidadã visa proporcionar a inter-relação entre as áreas do conhecimento e a sociedade. Com base nessa visão, o investimento pedagógico privilegia o que o aluno já sabe e as possibilidades de continuar avançando no processo de aprendizagem. Apresenta-se então uma estratégia de enfrentamento ao fracasso escolar, na medida em que levam em conta as características dos alunos em suas diferentes faixas etárias e realidades sócio-culturais. A realidade em que vivem os alunos, suas características sócio-culturais, seus valores e crenças são investigados por intermédio de uma pesquisa sócio-antropológica, realizada periodicamente com a comunidade, que busca conhecer como e onde vivem os alunos e suas famílias e quais são suas necessidades, problemas e expectativas. O conhecimento gerado com a pesquisa subsidia a escolha e a organização dos conteúdos e atividades pedagógicas.

Fundamentando-se nessa realidade, estes alunos discutem temas transversais e atuais que contribuem para um ambiente mais saudável. Simultaneamente são encorajados a trabalhar pela inclusão social, estimulando a participação da população nas discussões escolares e possibilitando uma maior participação na sociedade a partir da experiência de cidadania vivida na escola.

A escola é uma instituição em que o ser humano passa longa e importante etapa de sua vida, sendo amplamente considerada como um espaço socialmente reconhecido para desenvolver o ato pedagógico. Por sua missão educativa ser complementar à missão da família, a escola contribui na construção de valores pessoais e dos significados atribuídos a objetos e situações, entre eles a saúde.

As autoras idealizam uma escola saudável como aquela que possui um ambiente solidário e propício ao aprendizado, por isso ela deve estar engajada no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e na estimulação da criação de entorno favorecedores à saúde, na aprendizagem de comportamentos que

permitam a proteção do meio ambiente, na conservação de recursos naturais e implicação cada vez maior da população em projetos de Promoção da Saúde.

Nestes moldes, a escola cidadã tem como diretriz central à inclusão social que contribui para a Promoção da Saúde na proporção em que busca formar sujeitos críticos, criativos e conscientes e que proporciona a aprendizagem de acordo com as necessidades e possibilidades dos alunos.

Se esses alunos realmente conseguirem interiorizar os conceitos e valores propostos pelo programa, principalmente aqueles relacionados à saúde e abordados nas aulas de Educação Física, a prática de atividades físicas nessas comunidades, não só entre alunos, mas também com pais e familiares, será fortalecida.

Além de entenderem a atividade física como um valor próprio, sentirem-se capacitados e motivados à adesão, esses indivíduos terão argumentação consistente para cobrar providências de seus representantes (políticos), no que cabe ao governo como dever.

Já no Programa Prevenir, do Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), que realiza ações programáticas de Promoção da Saúde e de prevenção de doenças está procurando modificar o modelo de assistência oferecido aos servidores, enfatizando suas ações em doenças crônicas não transmissíveis. A diretriz principal do programa é disponibilizar ações de prevenção e controle de doenças no local de trabalho priorizando ações educativas e estimulando o auto-conhecimento como estratégia facilitadora para a implementação de ações mais efetivas (SANTOS, 2005).

Segundo o autor, esse processo é realizado através da ida de uma equipe da IAMSPE até as sedes da secretaria, aplicando um questionário para verificar a situação de saúde dos funcionários públicos, da coleta para exames e da realização de um rastreamento dos casos que indicam alguma alteração. Entre os casos coletados os principais agravos se referem à hipertensão arterial e alterações nos níveis de colesterol, diabetes e triglicérides.

Santos (2005) demonstra que o Programa Prevenir é organizado a partir destes dados coletados e suas ações baseadas na educação em saúde, na

produção de material educativo, palestras, aulas, dinâmicas, comissões de fiscalização da qualidade dos alimentos, ampliação da imunização para tuberculose, estímulo a coleta de papanicolau para prevenção de câncer ginecológico, trabalho com hipertensão, programa de qualidade de vida e plano de ação para conter o tabagismo, o sedentarismo e o hábito alimentar inadequado.

O autor conclui mostrando que através de uma avaliação do programa, verificou-se a diminuição dos fatores de risco, com exceção do sedentarismo que aumentou. Por este motivo o IAMSPE tem como proposta para continuar o programa, avaliando o impacto das ações educativas e posteriormente a ampliação dos mesmos.

Podemos observar neste exemplo que as práticas preventivas ainda ocupam seu espaço nas intervenções em saúde. No caso do Projeto Prevenir, o combate à doença, como propõe o modelo biomédico, vai desde o nome do projeto até suas ações. Entretanto, algumas intervenções deste projeto estão coerentes às propostas e ensinamentos da Promoção da Saúde, como a produção de material educativo, palestras, aulas, dinâmicas, mostrando que o ideário vem conquistando seu espaço. Parece que esse projeto, através de suas ações, deva seguir o caminho trilhado desde a proposta no relatório Lalonde no início da Promoção da Saúde até como a conhecemos hoje.

As três situações acima citadas (Projeto Sênior para a Vida Ativa, programa de Educação Física em escolas municipais de Bauru, Escola Cidadã ou Democrática de Porto Alegre) espelham o que vem a ser o ideário da Promoção da Saúde e práticas autônoma defendida por Paulo Freire. No caso do Programa Prevenir, tudo leva a crer que com o passar dos anos, mude-se o foco da prevenção de doenças, para a Promoção da Saúde, assim como esperamos e trabalhamos para que aconteça com a saúde da população brasileira.

Todas estas iniciativas entendem a saúde como algo bem maior do que simplesmente a ausência de doenças. Os idealizadores dos programas, assim como os professores que conduzem as atividades se colocam a mesma altura dos alunos, facilitando a compreensão de suas dificuldades e entendendo de igual

para igual suas vontades e anseios quanto à prática de atividades físicas ou qualquer outro fenômeno social.

Parece claro que, indivíduos que passaram por estas experiências, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos, se portam de maneira bem mais esclarecida e otimista quando enfrentam situações adversas e inesperadas em suas vidas, tanto no âmbito profissional quanto no âmbito pessoal, incluindo neste as dificuldades enfrentadas para a adesão à prática de atividades físicas.

4. MÉTODO

4.1. Caracterização do estudo

Este trabalho de enfoque qualitativo caracteriza-se como sendo uma pesquisa descritiva, escolhida por ser um estudo de status amplamente utilizado na educação e nas ciências comportamentais. O seu valor está baseado na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio da observação, análise e descrição objetivas e completas (THOMAS & NELSON, 2002).

Levando em consideração que o objeto de estudo é o fator determinante para a escolha de um método e não o contrário, a pesquisa qualitativa torna-se a melhor opção, porque seus métodos são tão abertos que a complexidade e profundidade necessárias para alcançarmos os objetivos desse estudo não poderiam ser atendidos por métodos quantitativos (FLICK, 2004).

4.2. Participantes

Participaram desta pesquisa indivíduos desfavorecidos que, segundo Sen (2000), são aqueles que não possuem liberdades relacionadas a necessidades básicas. Foram entrevistados oito operários da linha de produção de uma fábrica situada no bairro do Cambuci, região sul da cidade de São Paulo, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos.

Todos os participantes foram informados dos objetivos e procedimentos do estudo, bem como da possibilidade reduzida de riscos na sua participação. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) e estavam livres para interromper a pesquisa no momento em que desejassem, de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu, protocolo 079/2005.

4.2.1. Critérios de inclusão

- Indivíduos Adultos
- Homens
- Trabalhadores de indústrias do Bairro do Cambuci (São Paulo)

4.2.2 Critérios de exclusão

- Trabalhadores de indústrias do Bairro do Cambuci (São Paulo) que ocupassem cargos de escalões superiores a operários.

4.3. Instrumento

A coleta de dados foi realizada através dos seguintes instrumentos:

1. Entrevista narrativa:

A entrevista narrativa busca através de uma “questão gerativa narrativa” proporcionar ao informante a oportunidade para que conte de forma improvisada a história de um fato, assunto ou qualquer tema que seja relevante na sua vida, utilizando o maior número possível de detalhes do início ao final. Torna-se importante ressaltar que depois de iniciada a entrevista, o papel do entrevistador passa a ser o de um simples ouvinte, não interrompendo com perguntas por mais que sejam pertinentes ao transcorrer da narrativa. Questões como “Será que esse problema não poderia ser resolvido de outra maneira” ou elogios como “que bela idéia essa sua” podem atrapalhar a espontaneidade dos sujeitos nos relatos. Ao invés disso, exclamações como “humhum” acabam auxiliando e estimulando o narrador a continuar a narrativa. Por fim, se após concluir seu relato alguma informação desejada não foi abordada ou mencionada sem a devida profundidade, cabe ao pesquisador abordar o assunto com certo cuidado, não influenciando de forma alguma a resposta do sujeito entrevistado (FLICK, 2004).

2. Gravador de voz microcassete marca Panasonic, modelo RN-202 e fitas compatíveis marca Maxell MC-60 UR.

4.4. Procedimento para coleta de dados

4.4.1. Entrevista geradora narrativa

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas individualmente para que se pudesse registrar de forma natural todos os seus relatos.

Foi reforçado aos participantes que suas impressões e opiniões sobre o tema em questão eram importantes para a conclusão do estudo e por este motivo as suas narrativas deveriam possuir o máximo de honestidade. Também foi ressaltado que poderiam sentir-se plenamente à vontade para usar o tempo que julgassem necessário para fazê-lo. Foi novamente salientado que, após a análise dos dados, as fitas seriam destruídas. Com o consentimento do entrevistado o gravador foi ligado para registro das entrevistas.

A entrevista foi iniciada pela seguinte questão, visando registrar da forma mais natural possível seus relatos: “Você poderia me contar a história de sua vida no que se relaciona com a atividade física, esporte e Educação Física, considerando desde suas primeiras lembranças antes da escola, na escola ou em qualquer outro lugar até os dias de hoje. Não precisa ter pressa, podendo me dar o máximo de detalhes porque tudo que for importante para você me interessa”.

4.5. Procedimentos para análise de dados

As entrevistas foram transcritas preservando-se as expressões originais dos sujeitos entrevistados, buscando dessa forma transparecer o máximo possível o que esses tinham a dizer sobre os assuntos abordados.

Os relatos obtidos com as entrevistas foram submetidos a procedimentos de análise de discurso (FLICK, 2004; GIL, 1991; MARCONI & LAKATOS, 2001; LAVILLE & DIONE, 1999) através dos seguintes procedimentos:

- a.** Transcrição dos depoimentos;
- b.** Elaboração de unidades de significado extraídas das releituras das transcrições das entrevistas;
- c.** Agrupamento por temas para facilitar a identificação do significado dos depoimentos;
- d.** Síntese e integração em cada tema buscando as convergências e divergências, atribuindo a eles significados.
- e.** Interpretação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados a seguir os resultados obtidos através dos relatos e da análise dos dados. Primeiramente foi necessária a caracterização dos sujeitos entrevistados visando um melhor detalhamento dos integrantes que compuseram essa amostra. Num segundo momento, se fez necessária a caracterização dos temas mostrando a relevância de cada assunto abordado nesse estudo, buscando facilitar a compreensão de tudo que fora relatado. Finalmente, na fase de análise e interpretação são apresentados os referidos relatos classificados dentro dos temas e realizada a discussão à medida que foram sendo colocados.

5.1 Caracterização dos Sujeitos

Sujeito A

Indivíduo do sexo masculino, 57 anos, nascido em Luminária (Minas Gerais). Trabalhava na roça quando criança e aos 22, 23 anos com primeiro grau incompleto veio pra São Paulo para tentar uma vida melhor trabalhando na construção civil. Hoje em dia trabalha como operário em uma empresa de sinalização viária e através de suas próprias declarações nos contou que sua renda atual atende muito mal suas necessidades básicas, entretanto este sujeito deixa claro que tudo o que conquistou até agora em sua vida está diretamente ligado a sua vinda para São Paulo. Atualmente não é praticante de atividades físicas, mas em seu relato nos confidenciou que caminha pelo menos uns 20 Km por dia de casa ao trabalho.

Sujeito B

Indivíduo do sexo masculino, 43 anos, Alagoano, começou a trabalhar com 17 anos na lavoura e logo se mudou para São Paulo que, como ele próprio relatou “é o sonho de todo nordestino tentar a sorte em São Paulo”. Com o primeiro grau incompleto e trabalhando como operário em uma empresa de sinalização viária, este sujeito acredita que sua renda atende suas necessidades, mas que se ela

fosse um pouco maior atenderia melhor “suas coisas”. Atualmente valoriza a prática de atividades físicas, mas não as realiza alegando só trabalhar nessa vida.

Sujeito C

Indivíduo do sexo masculino, 49 anos, nascido em Irecê (Bahia). Mudou-se para São Paulo com 17 anos, voltou para Bahia e com 18, 19 anos veio morar em definitivo na capital paulistana buscando uma vida melhor. Trabalhava na roça quando criança visando ajudar a família a suprir suas necessidades básicas, em contra partida deixou de ir a escola e não pode se formar, abandonando no primeiro grau. Trabalhando como operário em uma empresa de sinalização viária, o sujeito C diz estar insatisfeito com seu salário colocando que é inviável para um trabalhador que recebe cerca de R\$ 550,00 por mês pagar só de aluguel (sem contar outras despesas) R\$ 250,00. Ficou muito tempo sem praticar nenhum tipo de atividade física e voltou a prática (caminhada) por determinação médica.

Sujeito D

Indivíduo do sexo masculino, 37 anos, nascido em Irecê (Bahia), morando e trabalhando em São Paulo desde 1994, portanto há 13 anos, tem o segundo grau completo e pretende assim que possível cursar uma universidade. Sobre sua renda o sujeito D se posiciona de forma clara: “Olha, a gente vive do que pode, com o que o dinheiro dá pra sobreviver, porque viver a grana é muito pouca, então a gente sobrevive né?”. Atualmente trabalha em uma empresa de sinalização viária e é praticante de atividades físicas como caminhada, corrida e bicicleta.

Sujeito E

Indivíduo do sexo masculino, 31 anos, primeiro grau incompleto, paraibano de Solana, veio para São Paulo com 17 anos voltou para Paraíba e em 1996 mudou-se em definitivo para a capital paulistana. Não era muito adepto à prática de exercícios físicos quando criança pelo motivo de ter que ajudar sua família na roça. Sobre o motivo de sua vinda para São Paulo, o sujeito E foi enfático dizendo que veio buscar melhores condições de trabalho e acrescentou se reportando aos

dias de hoje “No momento agora, o que eu tive lá, eu tô no céu, tô mais sossegado do que antes”. Atualmente trabalha em uma empresa de sinalização viária e não é praticante de atividades físicas alegando só ter tempo para o trabalho.

Sujeito F

Indivíduo do sexo masculino, 49 anos, primeiro grau incompleto, nascido em São Paulo, capital, valoriza muito a atividade física. Praticante regular, costuma freqüentar o Sesc na acompanhado de suas filhas. Segundo o sujeito F sua renda é pouca, mas se souber administrá-la “dá pra viver” sem fazer “loucuras”. Atualmente trabalha em uma empresa de sinalização viária e questionado sobre o cansaço causado por seu ritmo de trabalho explica “Igual a minha atividade, eu trabalho o dia inteiro, meu trabalho é puxado, é muito esforço físico, se eu deixar de fazer no fim de semana, chega segunda feira eu vou tá pior do que eu tava antes”.

Sujeito G

Indivíduo do sexo masculino, 45 anos, nascido em São Paulo, capital, descendente de nordestinos, estudou até a 7ª série do primeiro grau. Tem em seu histórico esportivo uma atividade não muito comum para indivíduos de sua classe social, o Hóquei sobre patins. Atualmente é praticante de atividades físicas como, por exemplo, a corrida. Trabalhando como motorista em uma empresa de sinalização viária e quando questionado sobre sua renda deixa claro o que é prioridade em sua vida “O ser humano pra viver bem ele precisa ter saúde, em primeiro lugar, o resto é bobagem”.

Sujeito H

Indivíduo do sexo masculino, 64 anos, nascido em Ipiáu (Bahia), quando criança trabalhava na roça de cacau para ajudar seus pais. Estudou até a 3ª série do primeiro grau em sua terra natal e ao vir para São Paulo tentar algum trabalho

melhor aproveitou a oportunidade, concluiu o primeiro grau e pretende concluir o segundo também. Atualmente trabalha em uma empresa de sinalização viária e quando questionado sobre sua renda, se ela supriria suas necessidades básicas, o sujeito H respondeu “Olha é o seguinte. É mais do que lá na Bahia, mas só que não é suficiente”. Pelo seu histórico de vida, este indivíduo não tem nem nunca teve o hábito de praticar atividades físicas, exceto o futebol quando lhe sobrava um tempo na infância. Através das declarações do sujeito H fica claro que o estudo ocupa um lugar de destaque em sua vida, já que é incomum um indivíduo de baixa renda se interessar por línguas estrangeiras, assim como acontece com ele.

5.2 Caracterização dos Temas

Tema 1 - O histórico da prática de atividade física.

Através desse tema buscaremos entender três pontos centrais relacionados à prática de atividades físicas por indivíduos desfavorecidos. Primeiramente buscaremos informações de como era a relação desses indivíduos com a atividade física na infância e adolescência. Num segundo momento, descobrir se essa prática foi abandonada e porquê, e finalmente, se esses indivíduos não praticam nenhuma atividade atualmente e porquê. Resumindo, os dois primeiros pontos visam traçar um histórico da prática de atividades físicas nesses indivíduos e o terceiro vai além tentando desvendar se problemas como a falta de áreas para prática (VELHINHO et. al.,2005) e a preferência de investir sua renda em outras prioridades (VICENTIN & GONÇALVES, 2005) estariam relacionados à baixa adesão de indivíduos desfavorecidos a prática regular de atividades físicas.

Tema 2 - A importância atribuída pelos sujeitos à prática da atividade física.

Com esse tema buscaremos entender o lugar em que se encontra a atividade física na vida dessas pessoas: se é que ela tem lugar, se é ou não importante, se sua importância está relacionada a alguma atividade na infância e adolescência e até se é valorizada, porém não é praticada. Esse tema também tem com objetivo responder se a prática de atividade física por indivíduos desfavorecidos está relacionada a questões de prevenção a doenças ou se os indivíduos estariam compartilhando de idéias e conceitos relacionados ao enfoque da Promoção da Saúde. Serão caracterizadas como práticas preventivas relacionadas a atividades físicas aquelas que estiverem intimamente ligadas ao modelo biomédico (FARINATTI, 2000; CZERESNIA,2003) cujo objetivo principal é a cura e prevenção de doenças e enfermidades, coerente com as relações tipo causa-efeito.

Tema 3 - Preferências, vontades e anseios quanto à prática de atividades físicas.

Este tema visará levantar quais seriam as práticas de atividades físicas preferidas por esses sujeitos. Se esses indivíduos possuem vontades e anseios quanto a práticas já realizadas ou inéditas em suas vidas, independente de qualquer problema que os afaste destes “sonhos” como tempo, renda, escolaridade, condição física entre outros. Torna-se importante também averiguar quais são as preferências individuais de cada indivíduo buscando futuramente a personalização de um programa de atividade física para pessoas de renda baixa que certamente não possuem um universo esportivo tão vasto quanto os problemas que os afastam da prática regular de atividades físicas.

5.3. Análise dos relatos e interpretação

Tema 1 – O histórico da prática de atividade física.

Na infância e adolescência:

Quando solicitados a discorrer sobre o histórico da prática de atividade física em suas vidas, mais especificamente na infância e adolescência esses indivíduos relataram experiências semelhantes nas respostas. Uns, com mais entusiasmo, como os sujeitos A e D, outros nem tanto, como os indivíduos E e H, mas todos eles tem o Futebol como referência nessa etapa da vida.

Observando a seguir os discursos dos sujeitos A e D, o Futebol não era apenas uma atividade recreativa ou lúdica. O sujeito A fala com muito entusiasmo citando até detalhes do campo que seu pai construíra na fazenda e as partidas que lá eram realizadas. Já o sujeito D colocou em seu discurso o fato de ter realizado “teste no Bahia” o que mostra, naquela época, sua intenção de tornar-se jogador profissional de Futebol.

“... nosso time era quase imbatível na região, até que a turma tremia em ir jogar no nosso campo, nosso campo era um dos melhores da redondeza, grande, meu pai que fez o campo, medida oficial de campo, gramado, os outros times que ia jogar lá sempre tremia, porque você ia jogar em campinho pequeno quando chegava aquele campeão grandão lá, era campo de terra, não tinha grama não (risos), às vezes a turma tremia e saía de lá goleado...” (Sujeito A).

“...quando eu criança ainda, os meus pais sempre tiveram essa influência pelo esporte, entendeu? Só que foi chegando a idade avançada, avançada assim uns 13 pra 14 anos eu comecei a destacar, fui jogar bola, futebol... Então, aí a gente tava no futebol, eu destacando inclusive fiz teste no Bahia...”(Sujeito D).

Entretanto os sujeitos E e H não se mostraram muito entusiasmados com o assunto e limitaram-se somente a citar o Futebol como modalidade ou atividade praticada quando garotos. Já o sujeito C expressou-se de maneira contida, porém alegre, apontando o Futebol como atividade mais praticada.

“Quando eu era criancinha eu gostava muito de jogar bola né... Aí meu colega Gilson ia lá em casa me chamar né? Quando nós ia lá pro campo era muito bom...” (Sujeito C).

“Aí tipo assim né? O esporte que mais eu faço mesmo, foi assim né, futebol, jogava futebol... daí né, o negócio de esporte era só futebol mesmo, a gente praticava futebol desde criança...” (Sujeito E).

“Mas esporte era mais futebol lá na fazenda num campo de futebol a gente jogava, não segui jogar pra fora, só na fazenda no campo lá... Só não joguei pra fora...” (Sujeito H).

Nota-se também que naquela época e para esses indivíduos o futebol era praticado, como eles próprios indicaram, em campos de várzea que existem nas fazendas e propriedades rurais.

“Esporte, quando moço mocinho lá na cidade a gente corria lá no campo de várzea lá na roça... Ah, o jogo era em fazenda, a gente morava em fazenda né então às vezes ia um time de uma fazenda jogar na outra fazenda então fazia aquelas peladas no final de domingo à tarde...” (Sujeito A).

“...eu fazia na roça, jogava futebol...” (Sujeito H).

A exceção neste caso fica por conta dos sujeitos B e F que praticavam essa modalidade na escola. O primeiro utilizava o horário do recreio para a prática, e o

segundo possuía um dia específico da semana para desenvolver-se esportivamente.

“Só batia uma bolinha na hora do recreio né? Então uma bolinha ali...” (Sujeito B).

“...o mais importante era o futebol... Eu estudava lá na Cachoeirinha mesmo, nem me lembro o nome da escola, aí tinha mais esporte mesmo era futebol, jogava toda quinta feira escola contra escola...” (Sujeito F).

Mas não é só o Futebol que atraía essas pessoas para práticas esportivas e de atividades físicas na infância e adolescência. Como podemos notar outras atividades também eram praticadas por aqueles até então garotos. No caso do sujeito F, brincadeiras como empinar pipa e atividades esportivas como o Basquete e o Atletismo, dividiam-se com o Futebol como mais praticadas. Já o sujeito G coloca o Hóquei sobre patins, uma atividade não muito praticada por indivíduos dessa classe social à frente do futebol, que também era praticado, mas com menos frequência.

“ Jogava futebol, empinava pipa, participava nas escolas de atletismo que tinha nas escola que eu estudava... É mais na base do futebol e atletismo... a escola as vezes tinha Basquete...” (Sujeito F).

“...jogava bola e praticava Hóquei sobre patins... Eu gostava muito do Hóquei...” (Sujeito G).

Analisando com mais profundidade as declarações do sujeito G, poderemos notar que o Hóquei sobre patins era muito mais que uma atividade ou prática esportiva para ele. Podemos perceber que esse indivíduo treinou muito, cerca de quatro a quatro horas e meia por dia, cinco vezes por semana, disputou títulos com as melhores equipes de Hóquei do país e ainda tendo que trabalhar o dia

todo para se manter, pois o que ganhava como atleta era apenas uma ajuda de custo.

...a experiência do esporte foi muito grande pra mim, tive títulos foi campeão, bicampeão, teve títulos mundiais sobre o esporte... Antigamente eu treinava eram 7 dias na semana eu treinava 5 dias, 4 horas por dia, trabalhava, tinha meu trabalho das 7:00 às 4:00, 5:00 da tarde, depois das 7:00 até as 11:00, 11:30, porque o clube era encostado em casa... é a Portuguesa, Portuguesa de Desportos. Associação Portuguesa de Desportos... ganhamos 15 títulos e uma invencibilidade de 58 partidas, num liga que tinha quase 15, 16 clubes, palmeiras tava no meio dessas equipes, o São Paulo, o próprio Corinthians, a AABB que eu sempre falei, o Banco do Brasil, esse clube de Itapeverica da Serra e o Sertãozinho que veio depois, nos anos 80... (Sujeito G).

Por que abandonou a prática:

Ainda buscando traçar um histórico da prática de atividades físicas por esses indivíduos, mas agora através do ponto de vista do abandono da prática, podemos observar nos discursos que o trabalho era o principal motivo que afastava as crianças e adolescentes do esporte, no caso específico dessa população, do futebol.

Os relatos desses sujeitos nos mostram que, ao invés de estudar e praticar esportes, o que deveria ser normal para qualquer pessoa na idade escolar, esses indivíduos eram solicitados desde cedo a ajudarem seus pais na roça, plantações e outros trabalhos pesados.

“Aí no esporte a gente não faz, porque morava ali no interior né, tinha que trabalhar na roça muitas vezes, muitas vezes não, todo dia, dia de trabalhar né... Ah, ia pra escola direto, mas a condição do pai

da gente era pouca né, a gente ficava mais o tempo trabalhando na roça né, que tinha que planta feijão, milho, mamona, trabalha com mais o que pra se manter né? Que os pais da gente era bem pobre, não tinha condições de manter a gente na escola né, aí tive que parar...”(Sujeito C).

“...o pessoal não passava nos testes, dava preferência pra ir trabalhar, então dificilmente algum garoto daquele tempo passava né?...”(Sujeito D).

“Lá era só negócio de trabalhar em roça... aí parou mais né com o negócio de futebol porque você trabalha aí você praticamente não tem quase tempo pra fazer esporte nada...” (Sujeito E).

No caso do sujeito D, notamos em seu discurso o medo de seu pai perder a mão de obra gratuita de seu filho nas plantações devido a lesões ocasionadas em partidas recreativas de futebol.

“O meu pai já começou a me pegar e ter medo de me colocar em campo, porque tinha medo de quebrar a perna, esse tipo de coisa do pessoal mais antigo talvez né...”(Sujeito D).

Deixar a cidade natal para vir tentar um futuro melhor em São Paulo também era um motivo relacionado ao trabalho que afastou da prática o sujeito H, como observaremos em seu relato.

“Ai depois o pessoal começou a saí pra São Paulo, e ai eu não continuei a jogar mais. Ai eu casei, fui pra cidade lá na Bahia e ai em 95 vim pra aqui...Ai eu parei...” (Sujeito H)

Por que não prática: motivos da não-prática na atualidade

Após apresentarmos o histórico de atividades físicas na infância e adolescência e o motivo de seu abandono naquela época, concluiremos esse tema abordando os motivos pelos quais esses indivíduos não praticam atividades físicas atualmente.

Podemos perceber nos discursos a seguir que, diversos problemas como, por exemplo, o trabalho, a falta de tempo, o cansaço físico, a renda, má condição física, falta de áreas para prática e até a preguiça configuram-se como barreiras e podem afastar ou dificultar a adesão por parte desses indivíduos à prática regular de atividade física.

Nos casos dos sujeitos C e E o excesso de trabalho torna-se o grande desafio a ser contornado para facilitar a adesão desses indivíduos à prática. Questões como a falta de tempo e o cansaço físico após a jornada de trabalho estão diretamente ligados ao volume (horas) e intensidade (carga) do trabalho dessas pessoas.

“Não fiz, esporte nenhum, porque a gente trabalha demais né? Muitas vezes a gente começa a trabalhar das sete até seis, aí depende do serviço a pessoa chega muito cansada, aí a pessoa chega cansa, mora com a família, chega lá e tem que cuidar da cozinha né, um faz uma coisa, outro faz outra, pra quando a esposa chegar ou a mulher como eles chamam, já tá tudo prontinho, feijão, arroz, a mistura ali né?... Não, esporte aqui eu nunca fiz em lugar nenhum, porque não tinha condições, só trabalhar mesmo, dentro de casa, no serviço e do serviço pra casa...” (Sujeito C).

“Agora aqui em São Paulo, só trabalho o tempo todo e aí esse negócio de esporte eu num!... mas negócio de física fica difícil por que daí eu trabalho direto, aí eu não consigo... Não faço isso mesmo porque num tem tempo né?... Já aqui em São Paulo é diferente, você trabalha e num tem quase tempo né, e o tempo que você tem, você tá cansado do serviço e num vai... (Sujeito E).

Outro fator que colabora de forma negativa para a adesão desses indivíduos à atividade física está relacionado à renda. No relato do sujeito B fica claro que retirar parte de seu salário para pagar a mensalidade de uma academia torna-se inviável fazendo falta a ele em outras prioridades em sua vida e de sua família. Já o sujeito E mostra-se interessado a ingressar em uma academia, mas se queixa não do valor da mensalidade, mas sim de seu salário desejando que esse fosse um pouco melhor.

“Nada, a Christiane já falou pra mim entra numa academia, que é bom! Aí eu falei, mas academia tem que ter uma renda pra pagar a academia, o meu salário se eu for tirar pra pagar academia faz falta né?... Ai eu não sei dos preços né, mas depende eu acho que se eu tirar do meu trabalho vai fazer falta no meu salário...”(Sujeito B).

“Se eu pudesse, lógico que vontade todo mundo tem né? Tipo assim você tá numa academia fazendo exercício, aí é bem legal pra você... mas quando você não pode... o salário é pouco, não dá pra você... se fosse melhor né? Então você tem que viver do jeito que você pode...” (Sujeito E).

A situação atualmente em nosso país é tão grave quando falamos em trabalho e emprego e a dificuldade de se colocar no mercado novamente é tão eminente, que esse assunto também acaba colaborando para a distanciar esses indivíduos da prática de atividades físicas. Percebemos na declaração do sujeito A seu medo em se machucar em uma partida de Futebol e não poder comparecer ao serviço no dia seguinte.

“Aqui em São Paulo nunca fiz esporte porque uma porque é perigoso, a gente trabalha machucado, vim trabalhar no outro dia,

então eu tinha vontade mas sempre tinha medo de se machucar e não poder comparecer no serviço e perder o serviço. então, abandonei...” (Sujeito A).

A falta de áreas públicas gratuitas para a prática de atividades físicas também é um problema que impede a adesão por parte desses indivíduos. O baixo poder de compra desses sujeitos e os elevados valores praticados nas instituições particulares como vimos acima, colocam praças e parques públicos como melhor opção para essa população. Mas, como veremos no relato do sujeito D, ao invés de serem abertos mais e mais locais para práticas físicas, o contrário vem acontecendo.

“Futebol dei uma parada agora, porque lá onde a gente jogava também ficou difícil, o pessoal fecharam os esporte, os campo lá então teve confusão e aí o pessoal parou...” (Sujeito D).

Seguindo uma abordagem mais biológica, com o passar dos anos a nossa condição física não apresenta mais a mesma eficiência de outros tempos. Para quem se mantêm em movimento, praticando atividade física, isso também acontece, porém com uma velocidade menor. Já em quem não se exercita, a perda de condição física mostra-se mais acentuada. No caso do sujeito G, além dessas implicações, lesões também acabaram afastando-o da atividade física.

“Esporte é um negócio que exige muito de si, entendeu, pelo menos o Hóquei que exige muita preparação física. São 20 minutos de jogo, mas é no cronômetro, o juiz apito para o cronômetro. Então os 20 minutos dá 1 hora de jogo. Você entendeu então, é corrido, a bola não para, na quadra não para. Você anda de lá pra cá, e hoje se for pra fazer isso ai o joelho não ajuda, to com o menisco estourado e o ligamento...” (Sujeito G)

Finalizando esse tema, a preguiça aparece como um fator não menos expressivo no discurso do sujeito B. Mesmo com o apoio de sua esposa, esse indivíduo não se mostra muito interessado pela prática, no caso a caminhada, arrumando uma desculpa para se ver livre da atividade física.

“A maioria minha é preguiça, dá meu horário eu vou pra casa, a mulher fala, vamos no parque dar uma caminhadinha? Hum aí eu falo arruma outro dia...” (Sujeito B).

Discussão do tema 1.

Como pudemos notar, todos os indivíduos entrevistados nessa pesquisa, desde o sujeito A até o sujeito H, tiveram um passado esportivo muito parecido. Começando pela etapa da infância e adolescência, vimos que o Futebol era a prática mais freqüente dessa população, com exceção do sujeito G que não era apenas praticante de Hóquei sobre patins e sim um atleta profissional.

O futebol é considerado por todos nós, leigo ou especialista, com um fenômeno genuinamente brasileiro. O fato de oito entre oito entrevistados o terem praticado na infância e adolescência não é uma coincidência. Gomes (2000) apresenta que aspectos como sociedade estratificada (diversidade de raças), facilidades da prática futebolística (local e material simples), exposição na mídia e o amadorismo, aliado também a influências culturais brasileiras acabaram contribuindo de fato para que esse esporte aqui seja diferenciado pela habilidade do resto do mundo e inicie tantas e tantas pessoas na prática.

Como vimos nos discursos, campos de várzea em sítios e fazendas eram os locais adequados para a prática dessa modalidade por parte desses sujeitos, visto que a falta de áreas esportivas, as distâncias dos grandes centros e o baixo poder aquisitivo eram facilmente “driblados” pela criatividade. Gomes (2000) explica essa situação mostrando que enquanto indivíduos de classes sociais

elevadas praticavam a modalidade em clubes, os pobres usavam a criatividade para improvisar campos de futebol, o que parece que acontecia com os sujeitos entrevistados.

A prática de improvisar campos de futebol não é um fenômeno exclusivo das pessoas que moram em sítios e fazendas. Onde o brasileiro encontrar um terreno vazio, seja ele de grama, asfalto, terra batida ou areia, pode ter certeza que lá já ocorreu alguma partida de futebol. O ato de improvisar uma partida de futebol não significa que o campo tenha medidas oficiais, traves, redes, marcações das linhas no chão, entre outros.

Por exemplo: Se o Futebol estiver sendo praticado na praia é comum improvisar as traves com cocos. As limitações do campo, ou seja, as linhas laterais acabam se tornando o final da faixa de areia até o início do mar. Já se a partida ocorrer na cidade, a rua é a opções para a prática. Pedras podem ser utilizadas com traves e as guias das calçadas viram os limites do campo. Até a bola pode ser improvisada, haja visto que crianças praticam Futebol com bolinhas de meia ou papel, latinhas de refrigerantes ou qualquer objeto que possa ser chutado.

Outras modalidades poderiam de certa forma ser improvisadas como acontece com o Futebol. Utilizando exemplos novamente, uma linha de varal de pendurar roupa pode se tornar uma rede de Vôlei ou um pequeno cesto de lixo furado um cesto de Basquete. O maior interesse pelo Futebol como colocou Gomes (2000) parece de fato estar ligado a questões da nossa cultura.

A força do Futebol no Brasil é tão grande, que pode transformar da noite para dia um indivíduo pobre em um milionário. Acreditando nisso, indivíduos que compõem essa população acabam largando os estudos para tentar a sorte como jogadores de Futebol profissional, assim como desejava o sujeito D. Segundo Gomes (2006), a educação atualmente está tão banalizada que, jogadores de futebol, alguns músicos e artistas populares, traficantes de drogas e o próprio Presidente da República são utilizados como exemplos de pessoas que obtiveram certa ascensão social sem terem concluído o ensino básico e fundamental.

Abandonar a escola e em alguns casos também o esporte era uma coisa normal nessa etapa da vida, repetindo-se com muitos desses indivíduos. O trabalho no meio rural era duro e os pais necessitavam de ajuda para realizar essas atividades, sacrificando assim o futuro de seus filhos, como fora relatado pelos sujeitos C e E, na época em que moravam no campo.

Sen (2000) explica que quando negamos a oportunidade de ler e escrever a uma criança estamos de certa forma a prejudicando não só naquele momento, mas a desfavorecendo intelectualmente pela vida inteira. O fato dela não conseguir ler e compreender um livro ou simplesmente fazer contas já caracteriza esse desfavorecimento.

Dos oito indivíduos consultados nesse estudo, apenas dois tiveram a oportunidade de concluir o primeiro grau (um deles já na fase adulta e em São Paulo), o que não garante boa educação em nosso país já que, segundo Leite (2003), alunos da rede pública de ensino são automaticamente aprovados ao próximo ano escolar sem correr o risco de repetência (por não interessar ao governo), o que garante ao Brasil uma melhor colocação no IDH, mas desqualifica o conceito de escolaridade devido a não melhoria ou ampliação do sistema de educação nacional.

As idéias de liberdade defendidas por Sen (2000) apresentam-se na contra-mão do que vem acontecendo com a educação no Brasil. Como desenvolver suas potencialidades e assumir responsabilidade se ao invés de crianças e adolescentes estarem na escola aprendendo e se desenvolvendo, estas estão trabalhando em lavouras e plantações, fazendo malabarismo em semáforos, ou pior, quando não estão cometendo crimes, como assaltos e furtos.

Mas a prioridade para os entrevistados naquela época, não era a escola, muito menos o esporte como gostaríamos. A prioridade para estes sujeitos era a sobrevivência, por esse motivo que o trabalho começava tão cedo no meio rural não restando tempo algum, como fora relatado por eles. Outra opção para essa população era tentar a vida na cidade grande, como relatada pelo sujeito H, mais especificamente em São Paulo.

Podemos considerar que apesar das dificuldades esses indivíduos tiveram muita sorte na cidade grande arrumando um emprego fixo e com carteira assinada. Como vimos alguns se queixam do salário, outros não, mas a maioria diz estar melhor aqui do que em sua cidade natal. Segundo Machado & Noronha (2002) boa parte da população dessa classe social realiza trabalhos domésticos e bicos de pedreiros para sobreviver. Também é opção para quem não teve a oportunidade de estudar na época adequada, montar comércio em suas próprias casas, como botecos e bares, ou trabalhar como ambulante nas próprias vias de circulação do bairro.

O fato é que, muitos dos indivíduos entrevistados nesse estudo abandonaram a prática das atividades físicas quando eram jovens por motivo de trabalho e não a retomaram atualmente. A literatura aponta que existe uma relação entre o nível sócio-econômico e o nível de atividade física, como vemos no estudo realizado por Rinaldi et.al. (2005) com indivíduos de diversos níveis sociais. Os autores descobriram que, pessoas de classes sociais mais altas (A, B e C) são mais ativas fisicamente do que as de classes sociais mais baixas (D e E), mostrando concordância entre esse estudo e o que estamos discutindo.

Pudemos notar nos discursos, que problemas como trabalho, falta de tempo, cansaço físico, renda, má condição física, falta de áreas para prática e até a preguiça contribuem para o distanciamento desses indivíduos da prática de atividade física.

Começando pelo trabalho, as solicitações físicas envolvidas entre executivos, geralmente de classe alta e média e operários de classes sociais menores são bastante desiguais. Também é desigual na opinião de Weissmam (2003) os turnos, a extensão de jornadas, as folgas, a condução para ir e voltar do trabalho, a alimentação entre outros, concordando como que havia dito na entrevista os sujeitos C e E.

Alguns padrões, gerentes e coordenadores de área, enfim, pessoas que ocupam cargos mais valorizados encontraram uma maneira de utilizar a atividade física para aumentar a lucratividade de suas empresas minimizando estes problemas.

Relacionando a atividade física ao trabalho, estudos como o realizado por Marcom et. al. (2005) mostram que através da prática regular de atividade física a produtividade no trabalho e conseqüentemente o lucro das empresas terão um aumento significativo. Isso se dá porque através da atividade física, a saúde é fortalecida e os níveis de abstinência no trabalho diminuem. Até então parece perfeito, mas o problema aparece porque os indivíduos que são chamados a participar dessas atividades não possuem o poder de escolha na maioria dos casos. Esses são incluídos em praticas esportivas sem ter o mínimo de afinidade ou vontade de aderir àquela atividade proposta, indo de encontro ao antidiálogo e ao modelo biomédico que discutiremos posteriormente.

Ainda no âmbito do trabalho, as atividades praticadas muitas vezes são abandonadas devido ao medo de machucar-se, no caso em uma partida de Futebol e, de uma hora para outra, se ver desempregado como no relato do sujeito A, já que é comum em esportes de contato ocorrerem lesões como torções e fraturas.

Segundo Machado & Noronha (2002) o desemprego influi diretamente na instabilidade das relações familiares, limitando o papel do homem e reduzindo o seu prestígio em relação à mulher. Por um lado parece até uma declaração preconceituosa e machista, mas indo mais a fundo nas explicações do autor, percebemos que ainda nos dias de hoje a mulher está menos identificada com a responsabilidade econômica. Conseqüentemente, surgem conflitos entre a autoridade reivindicada, no caso o homem, e a autoridade exercida, no caso a mulher, por parte dos componentes adultos da família. Confrontados com problemas dessa natureza muitos pais de família perdem a auto-estima e rendem-se à ociosidade e, posteriormente, ao desespero de não poderem sustentar a família, adotando posturas inoportunas e até violentas.

Quanto à renda, outro fator que afasta a população de baixo poder de compra da atividade física, observamos a dificuldade que esses indivíduos têm em manterem-se com o que ganham e, pelas próprias condições sociais, a preferência de investir seu dinheiro com necessidades básicas, como moradia e alimentação. Como colocam Vicentin e Gonçalves (2005), estes fatores são

naturalmente priorizados ao mesmo tempo em que não são solucionados pelo governo, concordando assim com as declarações do sujeito B.

Em uma casa que falta comida, materiais de higiene pessoal, onde os responsáveis estão desempregados e endividados, onde a educação e a saúde são luxo, parece que pensar em atividade física para essa população é perda de tempo.

Em relação a outro problema encontrado nos discursos, as áreas reservadas para a prática de atividades físicas, cada dia mais elas tem diminuído, tirando das pessoas a possibilidade de desenvolverem-se esportivamente e adotando posturas mais saudáveis. De acordo com essa colocação pudemos perceber que o sujeito D reclama que a área utilizada por ele para praticar esporte, o Futebol nesse caso foi fechada, o deixando sem condição de realizar sua atividade física semanal.

Na periferia de São Paulo não existem espaços livres e comuns para qualquer tipo de atividade, seja ele esportivo ou cultural. Praças e parques são coisas raras e onde estes deveriam estar encontram-se delinqüentes e desocupados devido à falta de equipamentos, atividades e programação, como nos mostra Vellinho et.al. (2005).

Nesses lugares esquecidos pelo governo, muito distantes do centro e de regiões nobres da cidade, o cidadão cansado, sem dinheiro ou ânimo suficientes para deixar seu bairro no fim-de-semana, isola-se com a família em sua casa, abdicando de qualquer tipo de atividade.

Entre vários itens propostos e aprovados na carta de Ottawa de 1986, um deles em especial se relaciona diretamente ao problema da falta de áreas para práticas esportivas. Esse item sugere que sejam criados ambientes favoráveis a saúde, nesse caso específico, áreas esportivas que estimulem a adoção de hábitos saudáveis por parte dos praticantes.

Essas colocações além de exemplificarem situações que desestimulam a adesão à prática de atividade física, de certa forma explicam as declarações do sujeito E que havia se queixado de preguiça. Parece-nos ser mais fácil realizar atividades físicas em um ambiente agradável, perto de casa, sem preocupações

financeiras e sem esforço físico exagerado no trabalho do que na situação que esses indivíduos se encontram, como vimos em seus relatos e na literatura pertinente.

De fato, segundo Ferreira & Najjar (2005) a adesão à prática de atividades físicas e desportivas são influenciadas por diversos fatores. Fatores como as experiências anteriores nas práticas desportivas e de exercícios físicos, o apoio do cônjuge e de familiares, o aconselhamento médico, a facilidade no local de prática, os aspectos biológicos e fisiológicos do praticante aliados ao sexo, a auto-motivação para a prática do exercício, a disponibilidade de tempo, as condições sócioeconômica e finalizando o próprio conhecimento sobre a prática.

Resumindo a discussão desse tema, percebemos que o futebol tinha disparado a preferência desses indivíduos, creditando-se esse fato a questões culturais. Quanto ao abandono da prática, o trabalho infantil nas plantações era prioridade tomando o lugar da escola e do esporte, e que devido a problemas como renda, trabalho, tempo, cansaço, falta de áreas para prática entre outros, a atividade física parece que foi e continua sendo uma ilusão ou um sonho na vida dessas pessoas.

Tema 2 - A importância atribuída pelos sujeitos à prática da atividade física.

Como pudemos perceber no tema anterior composto pelo histórico de atividades físicas na vida de indivíduos desfavorecidos, desde suas primeiras lembranças em sua terra natal até os dias atuais, vimos que práticas físicas não têm, nem nunca tiveram muito espaço na vida da maioria dessas pessoas, em decorrência de diversos problemas que não afetam somente a vida esportiva dos praticantes, mas também a saúde pública brasileira.

Nesse tema discutiremos a importância que esses sujeitos praticantes ou não de qualquer prática esportiva atribuem à atividade física, sendo ela por prazer a prática ou por motivos preventivos.

Podemos observar nos discursos que indivíduos como os sujeitos B, C, D e E entendem, cada um de uma maneira diferente, que a atividade física é uma atividade importante para a vida.

“Acho bonito, dou valor pra quem faz, esporte é saúde pro corpo e pra todo mundo, acho importante isso na vida da pessoa...”
(Sujeito B).

“Ah, é bom demais...” (Sujeito C).

“...pra saúde é muito importante a pessoa que as vezes não tem uma atividade física de futebol, tiver caminhada, bicicleta, ir pros, fazer alguma coisa, uma atividade que é importante pra sua própria saúde...”(Sujeito D).

“O esporte é muito importante né...Se você vai, você vai chegar uma hora que você tá numa idade, se você tá praticando um esporte você fica com o corpo bem mais melhor, eu acho que é muito importante...”(Sujeito E).

Apesar de ser valorizada, notamos nos discursos desses sujeitos que existe uma certa distância entre achar importante e ser praticante. Problemas como os discutidos no tema anterior com certeza contribuem para esse quadro de abandono da atividade física, apesar de saber seu amplo e comprovado valor.

“Esporte é bom pra saúde tudo, só que eu nunca pratiquei esporte até hoje, nunca fiz essa parte aí...se tiver condição de fazer alguma coisa eu acho bom... Ah quem pratica esporte eu acho bonito, meu é que falta coragem de começar né?... Eu acho, dou o maior valor pra quem faz esporte, falou?...(Sujeito B).

“...quem tiver condições de fazer deve fazer né...”(Sujeito C).

“Eu acho que a pessoa podendo, não tem coisa melhor que o esporte né e tipo assim, uma física é muito bom... mas eu acho

que o esporte não tem coisa melhor não... Não, é lógico que é importante, mas se a gente no momento não pode acompanhar daí..."(Sujeito E).

Mas nem todos os indivíduos entrevistados vêem a atividade física como algo distante de sua realidade. Nos casos dos sujeitos D, F e G além de valorizar a prática de atividade física, estes não se deixam abater pelas dificuldades a adesão como vimos no tema 1.

"...então a gente busca as coisas de acordo com a gente mesmo. Buscando correr, indo pros parque pra tentar buscar algum objetivo físico né? Que é muito importante... Mas é isso, o que importa é que daqui pra frente a gente busque os objetivos e sempre lutar né?..." (Sujeito D).

"Igual a minha atividade, eu trabalho o dia inteiro, meu trabalho é puxado, é muito esforço físico, se eu deixar de fazer no fim de semana, chega segunda feira eu vou ta pior do que eu tava antes, eu vou travar meu organismo todo naqueles dois dias, quando eu chego pra fazer atividade normal, o trabalho mesmo, eu sinto uma diferença já..."(Sujeito F).

"Geralmente quando a gente corre, quando eu corro, faz qualquer, eu só faço assim uma corridinha, corridinha leve e tal, ai eu me sinto bem melhor..."(Sujeito G).

No caso específico do sujeito D, sua conscientização sobre os benefícios da prática regular de atividades físicas é tão grande, que já visualizando o futuro diz:

"... você vê que as pessoas mais velhas buscam caminhada porque futuramente o coração delas não é mais o que era antes. Então o preparo físico é muito importante sim..."(Sujeito D).

O valor atribuído à atividade física pelo sujeito G, assim como a conscientização exposta pelo sujeito D, nos mostra que pensamentos relacionados à Promoção da Saúde começam a emergir, extrapolando a questão da prevenção ou cura de doenças como veremos a seguir. Nesse caso ao relatar que a saúde está em primeiro lugar, esse indivíduo não faz nenhuma ligação da prática de atividade física a alguma doença, pelo contrário, ele coloca que todo o restante (inclusive o dinheiro) é consequência da vida, no caso uma vida saudável.

“O ser humano pra viver bem ele precisa ter saúde, em primeiro lugar, o resto é bobagem... Meu. Valor meu. Eu acho que a saúde está em primeiro lugar, o restante é consequência da vida, dinheiro não é tudo no mundo, é tudo no mundo, mas também é a desgraça do mundo...” (Sujeito G).

Entretanto, na maioria dos indivíduos entrevistados, seja ao aderir ou somente cogitar a possibilidade de iniciar uma atividade física, parece inevitável a relação que se estabelece entre a prática e a prevenção ou cura de doenças. Nos três casos a seguir, quem indicou e prescreveu a atividade física foi um médico. Essas duas situações, a prevenção ou cura de doenças e a prescrição do médico, caracterizam o modelo biomédico de saúde.

“Se Deus quiser logo logo eu vou começar fazer uma caminhada, tô ficando pesado né?...O médico falou pra mim, você tem que fazer umas caminhadas, um preparo físico...” (Sujeito B).

“Pelo menos, um dia aqui em São Paulo tava cheio de dor muscular né, aí fui no médico pra fazer uns exame pra ver o que era, o médico falou pra mim: olha, você não tem nada,. Como eu não tenho nada doutor, tá doendo aqui, tá doendo aqui cara. Se

você acha que tem alguma coisa, você levanta bem cedo e começa a correr no meio da rua aí, vai no Ibirapuera, não sei onde, ele me sarou sem medicamento, sarei só com a conversa dele, fiquei bom (risos)...” (Sujeito C)

“Caminhada eu tenho que fazer porque o médico me falou que eu tenho que fazer caminhada, que o colesterol tava muito alto... Num pego diabetes, tenho que fazer caminhada... É. Eu tenho que fazer mesmo, tenho que fazer...”(Sujeito H).

Do ponto de vista do sujeito C, a atividade física age com mais eficiência do que um remédio. A prática da caminhada para esse indivíduo assemelha-se a um “milagre”, tamanha sua empolgação nas declarações.

“Eu levantei cedo que nem ele mandou, andava sábado, domingo, ia andava meio mundo, tomava metrô, ônibus, ia em muitos lugares de a pé, aí sarei, fiquei completamente sarado... Fiquei sarado mesma coisa, acabou com as dor, porque eu sempre ando né?...Se ao invés de andar eu ficasse assim, ai que calor, sentado, hoje eu não tava mais trabalhando, procurava um meio de seguro, porque através de andar eu fiquei bom...”(Sujeito C).

Discussão do tema 2.

Ao atribuir certa importância a algo, nesse caso a atividade física, geralmente fazemos isso de uma forma quantitativa, ou seja, através de números, pontos ou notas. Por exemplo: o Futebol é uma atividade nota 10 para esses sujeitos, caracterizando-a com prática muito importante e valorizada.

Entretanto seguiremos por uma via oposta com uma abordagem qualitativa, como fora proposta para esse estudo, buscando analisar a importância e a valorização da atividade física com cuidado, já que cada indivíduo é diferente,

como também é diferente o grau de importância atribuído a certas coisas ou situações.

Primeiramente, sobre a importância da atividade física, tanto os que a praticam como os sedentários caracterizam a prática como valorosa. Atualmente estão mais do que comprovados os benefícios da prática de atividades físicas para a saúde, sendo divulgados com extrema competência por toda a mídia. Segundo Santos et. al. (2005), os benefícios da atividade física para a saúde vão além dos objetivos simplesmente físicos como melhora na aptidão cardiorrespiratória. Benefícios como a sociabilização entre os praticantes e o fator psicológico também agregam valor à prática regular de atividades físicas.

Segundo as declarações desses sujeitos, é inegável o conhecimento sobre os benefícios. Apesar de não terem um grau de escolaridade muito alto, esses indivíduos parecem saber do que estão falando. Contudo, apesar de todas as precauções tomadas para realizar as entrevistas, temos que considerar o fato de que a atividade física atualmente é um assunto de domínio público e que esses indivíduos para não saírem do suposto “padrão” podem não ter dito o que pensam por receio de serem julgados pela sociedade ou até mesmo pelo entrevistador, no caso um professor de Educação Física.

Em estudo realizado em Campinas, com população também de baixa renda, com objetivos específicos muito parecidos com os nossos, Vicentin e Gonçalves (2005) buscaram descrever e analisar a relação que a atividade física tem com a saúde para estes indivíduos.

Os autores colocam que estes indivíduos compreendem a atividade física como benéfica, mostrando certo entendimento quanto ao tipo de atividade física praticada e suas implicações na saúde. Entretanto, como também aconteceu com os sujeitos entrevistados em nosso estudo, observou-se o distanciamento desse pensamento para a prática efetiva. Os motivos desse distanciamento da prática regular de exercícios físicos já foram discutidos no tema anterior.

Mas nem todos os sujeitos entrevistados parecem valorizar a prática, pois são sedentários. É claro que diversos problemas se apresentaram para que isso acontecesse, entretanto há exemplos como os dos sujeitos D, F, e G, que além de

valorizarem, são praticantes de atividades físicas e não ocultam as dificuldades enfrentadas por sua classe social à adesão, como acontece com diversos indivíduos que apresentam os mesmos problemas.

O que merece uma maior atenção no caso desses indivíduos, é que eles não temeram as dificuldades e nunca negaram o fato de serem desfavorecidos. Os sujeitos D, F e G venceram todas as barreiras relacionadas à adesão à prática de atividades físicas, como o excesso de trabalho, a falta de áreas públicas, o baixo poder aquisitivo, entre outros e mostraram dessa forma que a atividade física é um valor importante em suas vidas.

Quando esses sujeitos não se deixaram abater pelas dificuldades, assim como ocorrera com tantos outros, a consciência crítica, ou seja, a representação das coisas e dos fatos como se dão na sua existência empírica e nas suas relações causais e circunstâncias, sobrepôs-se à consciência mágica, na qual o indivíduo sente-se superior aos fatos, entendendo-os conforme melhor lhe agrada, ou a consciência ingênua, na qual o indivíduo não chega a acreditar-se superior aos fatos, mas o entende de forma superior, dominando-o de fora e o submetendo com docilidade, conforme exposto por Freire (2002).

Um exemplo prático surge na fala do sujeito D, quando diz buscar as coisas de acordo com ele próprio, lutando sempre. Em suma, o importante é que esses sujeitos não cruzaram os braços diante da impossibilidade de fazer algo frente aos fatos, não negando quem realmente são e muito menos fechando os olhos para as dificuldades.

A idéia de auto-governo completa as reflexões feitas acima em relação a esses indivíduos, já que em suas declarações percebemos que o auto cuidado com a saúde é importante, mostrando-se autônomo diante da sociedade e competentes ao escolher seu próprio caminho.

Farinatti (2000) e Buss (2003) apontam que o auto cuidado com a saúde favorece e facilita a missão de proporcionar aos indivíduos desfavorecidos a possibilidade de escolher seu próprio caminho, tirando assim um pouco da responsabilidade dos órgãos de saúde pública brasileiros.

Parece que idéias provenientes do ideário da Promoção da Saúde surgem de forma singela nos discursos de alguns indivíduos. O “empowerment” definido na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” aparece evidenciado nos relatos dos sujeitos D, F e G quando esses mostram que a prática de atividades físicas é de fato um valor importante.

A singeleza a que nos referimos nos discursos dos sujeitos sobre a Promoção da Saúde e o “empowerment”, se dá devido ao fato desses terem um maior controle e participação no que se refere a sua própria saúde, utilizando a prática de atividade física com instrumento nesse processo, não responsabilizando outros, por exemplo, o governo como muitos o fazem.

Do ponto de vista do ideário, seria importante que esses indivíduos pudessem ter acesso a iniciativas que favorecessem não apenas a sua capacitação individual, mas também da coletividade para adquirirem um controle maior sobre os determinantes da sua saúde, como acontece Escola Cidadã ou Democrática (AERTS et. al.,2004), no Projeto Prevenir (SANTOS,2005), em certa escola municipal da cidade de Bauru, Estado de São Paulo (PEREIRA et. al.,2005) ou no Projeto Sênior para a Vida Ativa (MIRANDA, GEREZ & VELARDI, 2002), nos quais os participantes são levados a refletir e discutir sobre sua realidade, ao mesmo tempo em que conhecimentos são adquiridos de forma prática e teórica, estimulando-os a desenvolver soluções para certos problemas que os impedem de ter um acréscimo de qualidade a vida e saúde.

Contudo, é importante o surgimento de novas políticas públicas e governamentais, instituições particulares e ONGs, que trabalhem numa perspectiva educacional, capacitando indivíduos e comunidade interessados em atividades físicas, oferecendo informação e conhecimento relacionado ao assunto, discutindo questões que os afastam da prática, como as expostas no tema 1 e finalmente desenvolvendo coletivamente soluções para os problemas, colaborando para que os indivíduos assumam desta forma posturas mais saudáveis através de suas próprias atitudes, conseguindo exercer sua cidadania.

Entretanto, iniciativas e atitudes coerentes com o ideário da Promoção da Saúde ainda são poucas, predominando o modelo biomédico no qual a prevenção e cura de doenças e enfermidades são prioridades como apontam Farinatti (2000), Paim (2003) e Czeresnia (2003).

Através dessa abordagem, ao invés do próprio sujeito ser responsável pela sua saúde, o médico ou outro profissional que esteja à frente do tratamento assume essa posição, dizendo o que é melhor e mais conveniente a cada pessoa, caracterizando o que apresentaremos como “antidiálogo”.

Assim, a adesão à prática de atividade física como vimos nos discursos dos sujeitos B, C e H visa exclusivamente à cura e prevenção de doenças. Exemplo disso aparece na atividade caminhada, orientada pelo médico e que age nos indivíduos como se fosse uma medicação, caracterizando segundo os autores uma abordagem de causa e efeito, ou seja, fazer caminhada resolverá problemas como excesso de peso, dores musculares e altos níveis de colesterol como foi colocado pelos próprios sujeitos.

Desta forma, surge o que denominamos de “culpabilização da vítima”, na qual intervenções procuram agir sobre o comportamento individual não saudável das pessoas. Desse modo, práticas não saudáveis são consideradas “riscos auto impostos” influenciando sobre os hábitos de vida considerados perigosos. Segundo Carvalho (2004) esse tipo de abordagem que precedia a Promoção da Saúde como conhecemos hoje, recebia muitas críticas nos anos 80, porque escondia as mazelas e estruturas sociais causadoras da não-doença, culpabilizando as vítimas das desigualdades sociais. Nos discursos dos sujeitos B, C, H essa forma de enxergar a saúde ainda se faz presente.

Torna-se importante colocar que o ato de praticar atividades físicas visando à prevenção e cura de doenças tem o seu valor, haja visto que o indivíduo consciente de seu estado de saúde atual, ou de sua carga genética relacionada a doenças, possa se sentir tão capacitado e “empoderado” e, por esse motivo, aderir a práticas físicas. Também é importante ressaltar que essa situação não deve justificar a adesão da população em massa à atividade física, como vem sendo proposto por alguns estudiosos, aplicando-se somente em casos específicos.

Concluindo a discussão desse segundo tema, vimos que os sujeitos D, F e G simpatizam com idéias e conceitos provenientes da Promoção da Saúde, mostrando que através da atividade física sua vida tanto pessoal quanto profissional pode ter um acréscimo de qualidade. Já para o restante, a atividade física funciona como um mero instrumento preventivo ou curativo, cujo principal agente é o médico, ao invés do profissional de Educação Física na prescrição de exercícios físicos.

Tema 3 - Preferências, vontades e anseios quanto à prática de atividades físicas.

Nesse tema apresentaremos as preferências, vontades e anseios de indivíduos desfavorecidos quanto à prática de atividades físicas. Torna-se importante lembrar que a proposta inicial dessa pesquisa seria oferecer a esses sujeitos um programa de atividade física alternativo em parques e praças públicas, utilizando materiais de baixo custo em suas atividades, tentando atender o que achávamos necessário para essa população. Entretanto, do ponto de vista da Promoção da Saúde atual, que é o alicerce de toda essa discussão, estaríamos contrariando seus conceitos e idéias, propondo algo antes de ouvir o que estes indivíduos teriam a dizer, ou seja, uma abordagem verticalizada, na qual um manda e os outros obedecem.

Verificamos nos discursos que poucos indivíduos manifestaram suas preferências na atualidade. No tema 1, o Futebol era a prática mais realizada na infância e adolescência, sendo citada por todos os entrevistados, contudo nos dias atuais percebe-se que esses sujeitos se vêem tão distantes da prática de atividades físicas, que se quer demonstram vontades e anseios relacionados a prática.

Os poucos que se posicionaram sobre o assunto, colocaram novamente o Futebol como prática preferida, já que na infância e adolescência esse esporte havia sido o mais praticado.

“Seria importante pra mim estar mantendo o futebol entendeu? Porque eu gosto muito...”(Sujeito D).

“Eu acho assim, esporte que me agrada é só o futebol mesmo, é que também eu acho que tipo assim né? Hum, só o futebol mesmo...”(Sujeito E).

Atividades como a caminhada, a corrida e o ciclismo também tiveram sua representatividade nas opiniões desses indivíduos. Nota-se na opinião do sujeito D que, através desses exercícios ele busca seus objetivos físicos. No caso do sujeito F, o ato de realizar essas atividades, além de ser um momento prazeroso e saudável, também visa uma união entre a família, mostrando que o esporte pode atender muito mais expectativas do que simplesmente a prevenção e cura de doenças, como propõe o modelo biomédico.

“Aí a gente busca correr, caminhar, bicicleta a hora que pode né?... Como a gente, eu falei agora eu tenho aí que buscar meus objetivos, que é manter o corpo pra não deixar, manter o preparo físico firme, eu busco igual eu falei antes, caminhada, bicicleta, entendeu, pra não deixar o corpo parar, se parar, aí a coisa é feia...”(Sujeito D).

“Todo domingo quase eu vou pro Sesc, e no sábado no Ibirapuera, ando de bicicleta, faço caminhada em um dia, quando saio do serviço faço uma caminhada, mais ou menos uns 30 minutos todo dia, e no fim de semana faço lá no Sesc, levo minhas filhas pra ir junto, ando de bicicleta, faço ciclismo, gosto muito...”(Sujeito F).

Além de freqüentemente caminhar e pedalar, o sujeito F admira a modalidade Basquetebol, mas lamenta sua baixa estatura já que esse esporte se caracteriza por ter como praticantes indivíduos altos. Mesmo assim, por fazer parte daqueles indivíduos que não se entregam às dificuldades, como os sujeitos

D e G, o sujeito F busca praticar essa modalidade, atendendo suas vontades e anseios apesar de sua estatura desfavorecida para o esporte.

“Sinceramente eu queria jogar Basquete... mas até hoje quando eu vou no Sesc eu joga um Basquetinho com o pessoal lá, que eu conheço lá e tal, mas infelizmente a minha altura não deu mesmo...(Sujeito F).

Finalizando a apresentação dos discursos, o sujeito G mostra-se diferenciado de todos os outros de sua classe social. Para esse indivíduo que tem em seu histórico o Hóquei sobre patins como atividade mais praticada na infância, adolescência e fase adulta, este não se contenta apenas a praticar a modalidade que lhe agrada. O desejo desse sujeito é se tornar técnico de Hóquei sobre patins da equipe que o revelou.

“Vou falar a verdade, no esporte eu queria ser técnico do Hóquei, da Portuguesa. Eu queria mesmo, pra montar um belo de um time como a gente tinha nosso time...” (Sujeito G).

Ainda sobre o sujeito G e continuando o relato anterior, este relaciona a suas vontades e anseios com um grau elevado de saudosismo, mostrando que sua intenção ao se tornar técnico de Hóquei era de relembrar tempos passados, quando a amizade e o esporte caminhavam unidos em busca de vitórias.

“Nos tinha um time que ficamos 58 partidas invicto, e era tudo o pessoal de uma rua só, uma rua sem saída, era tudo amigo, molecada de uns 10 anos de idade até os 45 hoje, nos somos tudo junto, casado tem seus filhos, mas a amizade continua a mesma...”(Sujeito G).

Discussão do tema 3.

Notamos nos discursos acima que poucos indivíduos se expressaram sobre suas preferências, vontades e anseios quanto à prática de atividades físicas. Dos oito sujeitos entrevistados, apenas quatro mostraram ter algo a dizer sobre o assunto.

Esse fato de certa forma está ligado direta ou indiretamente ao que Freire (2002) denomina de “antidiálogo”. Indivíduos desfavorecidos geralmente adotam posturas quietistas quando são confrontados com problemas, esperando de alguém (pessoa) ou algo (instituições) tome as providências que poderão resolver a situação. Estes não são educados a discutir problemas que os inferiorizam diante da sociedade, aceitando tudo que lhes é imposto e assim cada vez mais vão perdendo seu valor como cidadãos.

Freire (2002) coloca que no “antidiálogo” é estabelecida uma relação vertical, arrogante, desamorosa e sem humildade entre as partes (quem manda e quem obedece). Além disso, o “antidiálogo” vai contra a proposta de consciência crítica do autor, não gerando criticidade e proporcionando o que constatamos nesse tema, a falta de perspectiva desses indivíduos em relação à prática de atividade física, já que esses não têm opinião formada sobre suas vontades e anseios a esse respeito.

Não por coincidência, os sujeitos que não se manifestaram nesse assunto são os mesmos que compartilham de posturas adotadas no modelo biomédico, com exceção do sujeito E. É uma característica desse modelo o profissional da área da saúde, seja ele médico ou professor de Educação Física, propor algum tipo de atividade física sem antes consultar o praticante sobre suas preferências e possibilidades, assim como constatamos nos sujeitos B, C e H que realizam a atividade caminhada visando somente à prevenção e cura de doenças, abdicando de seus desejos.

Ao contrário da abordagem da Promoção da Saúde, que tenta levar os indivíduos a refletirem sobre suas possibilidades relacionadas à prática de atividades físicas, procurando alternativas coletivas que facilitariam a adesão, no

modelo biomédico quem conduz o tratamento estipula o que o “paciente” deve fazer, levando esses indivíduos a fecharem-se frente às diversas possibilidades, tornando-os cidadãos dependentes e sem perspectiva quanto à prática de atividades físicas.

Freire (2002) mostra que através do “diálogo” podemos minimizar ou resolver definitivamente essa problemática. O “diálogo” é exatamente o contrário do “antidiálogo” porque estabelece uma relação horizontal, ou seja, de igual para igual entre as partes.

Talvez, a baixa adesão à atividade física por parte de indivíduos desfavorecidos, como vimos no estudo de Rinaldi et.al. (2005) e nos sujeitos entrevistados nesse trabalho, além de todos problemas levantados anteriormente, esteja acontecendo também devido a questões relacionadas ao antidiálogo, existentes na perspectiva medicalizada, que ao invés de deixar o próprio sujeito como responsável por sua saúde, essa responsabilidade recai sobre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, professores de Educação física, entre outros.

Freire (2002) explica que ao impormos uma ordem a alguma pessoa, essa não necessariamente entende ou dá valor ao que lhe foi imposto, nesse caso a atividade física que previne ou cura alguma doença, dificultando a adesão por parte de quem necessita exercitar-se.

Martins (2004) acrescenta às idéias de Freire (2002) que escolher a atividade que atenda às necessidades, vontades e anseios dos indivíduos não basta para garantir a adesão à atividade física. Problemas como renda, trabalho, tempo, cansaço, falta de áreas para prática entre outros, como fora relatado pelos indivíduos entrevistados, devem ser solucionados ao mesmo tempo em que esses sujeitos sejam chamados a discutir sobre suas possibilidades quanto à prática.

Torna-se importante dizer que através do diálogo, do fortalecimento da comunidade, da discussão de todos esses problemas expressos no parágrafo acima e da busca coletiva por soluções, esses sujeitos unidos e munidos de argumentação devem procurar as autoridades competentes e dessa maneira reivindicar seus direitos. Talvez seja por esse motivo que a educação no Brasil

possua um nível tão baixo, interessando aos que estão no poder o silêncio das massas.

Dos sujeitos que manifestaram suas preferências, vontades e anseios quanto à prática de atividades físicas, o Futebol continuou como o que atrai maior atenção dessa população, assim como na infância e adolescência. Como já anteriormente colocado, a facilidade de adesão ao futebol é maior do que em outras modalidades devido a aspectos como áreas para prática, diversidade de raças, exposição na mídia e influências culturais, conforme apontou Gomes (2000).

Com resultados próximos aos nossos, mas expressos de forma quantitativa, Marcon et. al (2005) observaram que 62,5% dos funcionários pesquisados em seu estudo não se envolvem em atividade física, mas dos 37,5% que praticam, esses preferem modalidades esportivas com caráter recreativo, como o futebol de campo.

No caso específico das áreas disponíveis para a prática, Bodstein et al. (2001) mostram que a ausência e precariedade de áreas de lazer, praças, quadras poliesportivas entre outros equipamentos parecem evidentes, assim como já havia dito Vellinho et.al. (2005), com exceção de alguns campos de futebol que se tornam a única alternativa esportiva para indivíduos desfavorecidos.

Através dessas últimas colocações vemos que o leque de opções esportivas para esses indivíduos não é muito vasto. Após ultrapassarem todas as barreiras relacionadas à adesão a atividade física, como as discutidas no tema 1, esses indivíduos não possuem muitas opções de escolha e talvez por esse motivo suas vontades e anseios estejam ligadas apenas às atividades que lhe são oferecidas na comunidade.

Outras atividades que supostamente não necessitam de áreas especiais para prática como caminhada, corrida e ciclismo também são preferências desses sujeitos. Entretanto, se praticadas em lugares como o SESC (Serviço Social do Comércio) e o parque do Ibirapuera, ambientes que de acordo com a Carta de Ottawa de 1986 são favoráveis à saúde, talvez essas atividades se tornem mais

prazerosas e agradáveis visto que podem ser realizadas em família como colocou o sujeito F.

Além desse fato, esse indivíduo parece estar bem amparado por práticas educativas ligadas à saúde, já que freqüentando o SESC está vivenciando o Modelo de Atividade-Educação em Saúde (SESC, 2005). Essa instituição busca a partir de seus ideais atuar na melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas na vida cotidiana, identificando fatores que contribuam na melhoria da saúde e do desenvolvimento humano, como propõem os ideários e conceitos da Promoção da Saúde. Dessa forma, práticas educativas agem como pilares de sustentação do programa, mostrando que além de dispor de ótima estrutura para receber praticantes de diversas modalidades, o SESC ainda possui um planejamento específico que visa educar pessoas para a saúde.

Outras modalidades como o basquete e o Hóquei sobre patins apresentaram-se nos discursos como práticas preferidas e desejadas atualmente pelos sujeitos F e G. O primeiro realiza essa atividade no próprio SESC juntamente com a caminhada e o ciclismo que acabamos de discutir. Já o segundo se reporta ao passado e traz para os dias de hoje o desejo de praticar uma atividade que lhe dava enorme prazer em outras épocas.

Além de verificar as vontades, anseios e preferências quanto à prática de atividade físicas na atualidade, traçar um histórico da prática na infância e adolescência parece ser uma boa alternativa para garantir a adesão de mais indivíduos desfavorecidos ao esporte e atividades que promovam um estilo de vida saudável. Notamos nos discursos que existe uma relação positiva entre as práticas realizadas quando criança e as preferências na fase adulta.

Finalizando esse tema, torna-se importante para garantir uma melhor aderência por parte dessas pessoas à prática de atividades físicas, um esforço conjunto entre profissionais de Educação Física, poder público e os próprios sujeitos para aumentar o leque de opções esportivas, já que como observamos nos discursos esses indivíduos não vislumbram muita coisa além do que eles conhecem, ou seja, o futebol e uma ou outra atividade isolada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando começamos a esboçar o rumo que esse estudo seguiria, diversos questionamentos começaram a surgir, entre eles, a questão da desigualdade social e a exclusão. À medida que começamos a relacionar esses dois fatores a nossa área de estudo, a Educação Física, vimos que indivíduos desfavorecidos não eram apenas vítimas isoladas da pobreza e que esses também eram excluídos de atividades físicas e modalidades esportivas, assim como acontecia em outras esferas de sua vida. Questões como o porquê dessa exclusão, se essas pessoas se sentem excluídas e até quando continuarão assim são algumas perguntas que nos motivaram a estudar o assunto.

Com base nessas perguntas, outro questionamento desencadeou nosso interesse. Será que as idéias, conceitos e estratégias presentes na Promoção da Saúde contribuiriam de alguma forma para aumentar o número de indivíduos praticantes de atividade física, já que diversos estudos apontam o nível elevado de inatividade física no Brasil, principalmente entre a população mais desfavorecida?

Desta forma, como dito diversas vezes ao longo desse estudo, a intenção inicial era implementar um programa de treinamento físico visando à Promoção da Saúde em indivíduos de baixa renda, utilizando materiais de baixo custo como bastões, toalhas, elásticos, cordas entre outros, e com atividades realizadas em parques e praças públicas da cidade de São Paulo. Entretanto, após conversas informais com pesquisadores do assunto e interessados pela prática, constatamos que seria contrariado o ideário da Promoção da Saúde, visto que estaríamos determinando o que é melhor e necessário para estes indivíduos.

Portanto, vimos que antes de qualquer proposta de prática de atividades físicas, seria interessante conhecer melhor esses indivíduos e seu universo, não só esportivo, mas também social. Identificamos o histórico e o papel da atividade física na vida destes indivíduos. Se foi importante, se tem valor para a saúde, e se esse valor estaria relacionado somente à prevenção de doenças ou seria mais

amplo. Finalmente, se a atividade física tivesse lugar na vida desses sujeitos, verificar suas preferências e as expectativas quanto à prática.

Constatamos que indivíduos desfavorecidos em sua maioria não possuem um universo esportivo muito vasto, devido a diversos problemas inerentes à sua classe social. Constatamos que o futebol era a atividade mais comum na infância e adolescência para essas pessoas devido a questões culturais, que a prática em sua maioria era realizada em campos de várzeas nas propriedades rurais e que abandonar a escola e o esporte naquela época para ajudar pais e familiares nas plantações era comum. Descobrimos também que barreiras como renda, trabalho, tempo, cansaço físico, falta de áreas para prática entre outros, influenciam negativamente na adesão por parte desses sujeitos à prática regular de exercícios físicos.

Quanto ao valor e a importância dada à atividade física por parte desses indivíduos, observamos que muitos a consideram importante, mas que só alguns têm o costume de exercitar-se regularmente. Também foi constatada uma relação na qual os sujeitos que julgamos terem alguma afinidade com os ideais da Promoção da Saúde, visto que procuram desenvolver-se por si próprios, são mais ativos e participam de atividades esportivas. Já a maioria (mesmo sem saber o que significava isso) se comportava com atitudes coerentes ao que denominamos de modelo biomédico e, segundo seus discursos, eram sedentários, com exceção de um sujeito que se exercita visando à cura de doenças.

Finalmente, quanto às preferências, vontades e anseios quanto à prática, só metade dos indivíduos entrevistados tem opinião formada sobre o assunto, apontando novamente o Futebol como prática preferida. Curiosamente, os sujeitos que expressaram suas vontades foram os mesmos que praticam atividades físicas e de certa forma compartilham de idéias da Promoção da Saúde, já que buscaram por si só alternativas para prática. Os que nada tiveram a dizer sobre o assunto, além de sedentários, expressaram opiniões durante as entrevistas coerentes com o modelo biomédico e apontamos a falta de oportunidades educacionais e o “anti-diálogo” como um provável motivo para a falta de perspectiva por parte desses

sujeitos, impedindo o seu desenvolvimento e dificultando a tomada de consciência de quem são, do que podem ou deveriam poder, mostrando a dependência que têm de um profissional da área da saúde na indicação de atividades.

Desta forma, vimos que se tivéssemos colocado em prática à idéia inicial de propor algo a esses sujeitos, provavelmente teríamos errado, assim como vem errando os profissionais que através do modelo medicalizado de saúde ratificam suas orientações e prescrições de atividade física. Esses profissionais sejam eles médicos ou professores de Educação Física, utilizam a atividade física com o objetivo exclusivo de prevenir ou curar doenças e enfermidades, não levando em consideração as vontades e anseios dos beneficiados pela prática, justificando a baixa adesão por parte desses sujeitos às atividades esportivas.

A importância de ter escutado o que esses sujeitos teriam a dizer vai além simplesmente do fato de ter errado ou acertado na orientação e prescrição de um programa de atividades físicas. Agora que conhecemos um pouco melhor o universo de indivíduos desfavorecidos, não só no âmbito da atividade física, mas também na vida pessoal e profissional, podemos redirecionar nossas ações e intervenções trabalhando numa perspectiva mais educacional.

Em um possível projeto de atividade física, vinculado ao ideário da Promoção da Saúde, informações e conhecimentos seriam transmitidos através de abordagens educacionais que facilitariam o desenvolvimento e aprendizagem desses indivíduos favorecendo a adoção de hábitos saudáveis. Aulas práticas e teóricas com objetivo de estimular a criticidade (consciência crítica) discutindo questões como políticas públicas, potencialidades e ambientes favoráveis à saúde poderiam ser utilizadas, levando esses sujeitos a refletirem com base nos conhecimentos adquiridos sobre como seriam capazes de transpor as barreiras que dificultam sua adesão à prática regular de exercícios físicos. Discussões em grupos poderiam ser propostas visando a que possíveis soluções de problemas individuais passassem a ser discutidas como soluções de problemas coletivos, criando dessa forma alternativas que colaborassem para o auto cuidado com a saúde. Após esse processo educacional cumprido, acreditamos que indivíduos desfavorecidos teriam maior condição de exercer sua autonomia, procurando

atuar junto à comunidade, no sentido de buscar soluções coletivas para a criação de novos programas de atividade física.

Um bom exemplo de autonomia aconteceria se esses indivíduos unidos, após passarem por esse processo educacional, reivindicassem seus direitos junto a autoridades competentes cobrando áreas para a prática esportiva, no caso campos e quadras de futebol, já que o Futebol obteve representatividade absoluta nos relatos podendo ser usado como atividade disparadora para adesão, ou em outro caso, se esses decidissem com base nas informações discutidas utilizarem como materiais para exercitarem-se elásticos, cordas, bastões entre outros igual a proposta original, mas agora como escolha própria visando baratear a prática da atividade.

Assim, avaliar primeiramente quem são, como viveram e vivem, o que sabem, o que querem, nos dará condições de ir além, de construir com eles novas possibilidades, juntando os saberes e vivências deles com o nosso saber científico que entrará na mediação necessária para que se desenvolvam melhor como cidadãos, tendo a possibilidade de inserir-se em algum tipo de prática esportiva, adotando dessa forma hábitos mais saudáveis em sua vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2003. Disponível em www.abep.org.br

AERTS,D.;ALVES,G.G.;SALVIA,M.W.;ABEGG,C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n°4, Rio de Janeiro, Jul/Ago. 2004.

BAGRICHEVSKY,M;ESTEVIÃO,A .Os sentidos da saúde e a Educação Física: Aportamentos preliminares.**Revista Arquivos em Movimento**,v.1.n°1. nov/2004.

BAGRICHEVSKY,M.;PALMA,A .Questionamentos e incertezas acerca do estatuto científico da saúde: Um debate necessário na Educação Física. **Revista da Educação Física da UEM**, v.15.n°1. 2005.

BARATA, R. B. Cem anos de endemias e epidemias.**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n°2. 2000.

BATTISTI, H.H.; GUIMARÃES, A.C.A.; SIMAS, J.P.N. Atividade física e Qualidade de Vida de Operadores de Caixa de Supermercado. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**.v.13. p.71-78. 2005.

BYDLOWSKY,C.R; WESTPHAL,M.F.;PEREIRA,I.M. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**. v.13, n.1, p.14-24, jan-abr, 2004.

BODSTEIN, R. et al. **Manguinhos: Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html.

BUSS,P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. in: CZRESNIA, D. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

CARVALHO, R.S. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n°.4, Rio de Janeiro, Jul/Ago. 2004

CZRESNIA, D. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DEMO, P. **Complexidade e Aprendizagem: a dinâmica não linear do conhecimento**. São Paulo: Atlas, 2002.

FARINATTI, P.T.V. Autonomia Referenciada à Saúde: modelos e definições. In: **Motus Corporis**. V.7, n°1, p.09-45, 2000.

FIGUEIRA J.,A.; PORTO,E.L; CORREA,H. Relação entre atividade física regular e prevalência de doenças crônico degenerativas em adultos de ambos os gêneros. XIV CONBRACE, Porto Alegre, 2005.**Anais**.

FERREIRA,S.M.; NAJAR,L.A . Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10 p. 207-219, 2005.

FLINK, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre.Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. 26 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da autonomia**. 30 ed. São Paulo, Paz e terra, 1996.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA,C .M .M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21 p.200-206. jan/fev, 2005.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3.ed. São Paulo, Atlas, 1991.

GOMES,I.M. Deus no céu e o negro na terra: a visão de Gilberto Freyre sobre o futebol brasileiro. **Caos - Revista eletrônica de ciências sociais**. N° 2 Nov/2000.

GOMES,S.A escola como forma de superar a pobreza. **Revista eletrônica do centro de estudos da metrópole**. n°9 abr./mai/jun. 2006

HEALTH PROMOTION GLOSSARY, **World Health Organization**, 1998.

HOFFMAN,S.J.; HARRIS,J.C. **Cinesiologia. O estudo da atividade física**. Porto Alegre, Artmed, 2002.

LARANJEIRA,S.G.Transformações na realidade do trabalho no Brasil e em Portugal. **Sociologias**, Porto Alegre, n° 12, p.16-31 jul/dez,2004.

LAVILLE, C; DIONE, J. **A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte, Editora UFMG, 1999.

LEITE,R.C.C. Fernando Henrique e o soprano careca.Coluna Tendências/debates, **Folha de São Paulo**, p A3,19/jan/2003.

MACHADO, E. P.; NORONHA, C. V. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. **Sociologias**, Porto Alegre, n° 7. p.188-221, jan/jun 2002.

MAGALHÃES,R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais.**Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n°.3 Rio de Janeiro, Mai/Jun, 2001.

MARCON,M.A.;GARCIA,D.R;HEYDREY,V.; BARBOSA,R.M. Prevalência de dores musculares e pratica de atividade física regular em funcionários de uma industria metalúrgica da cidade de Caxias do Sul/RS. XIV CONBRACE, Porto Alegre, 2005.**Anais**.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M.; **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2001.

MARSIGLIA, R.M.G. Participação da sociedade civil no cotidiano da instituição, **Boletim do Instituto de Saúde**, nº36, ago/2005.

MARTINS, A. M. Autonomia e educação: A trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p.207-232, mar/ 2002.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; BRAGGIO, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.10, nº4, p. 41-50, out/ 2002.

MELLO, D.A.; Reflexões sobre a promoção da saúde no contexto do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.4, Rio de Janeiro, Out/Dez, 2000.

MELLO, D.A.; ROYCAROL, M.Z.; ARAÚJO, D.; AMADEI, M.; SOUZA, J.; BENTO, L.F.; G ODIN, J.; NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.14, n.3, Rio de Janeiro, jul/ago, 1998.

MIRANDA, M.L.J.; GEREZ, A. G.; VELARDI, M. A prática pedagógica em Educação Física para idosos no projeto sênior para a vida ativa: Uma experiência rumo a autonomia. In: VII Seminário Internacional sobre atividade física para 3ª idade. São Paulo, 2002. **Anais**.

MOREIRA, W.W. **Qualidade de vida: Complexidade e educação**. Campinas, Papirus 2001.

NUNES, E. Malhar pode ser ruim para a saúde. **Jornal do Brasil**, Brasília, 05/set/2004.

IDH. **Índice de Desenvolvimento Humano**. 2005. Disponível em www.sespa.pa.org.br, 2005

PAIM, J.S.; Vigilância de Saúde: Tendência de reorientação de modelos assistências para a promoção da saúde. in: CZRESNIA, D. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PEREIRA,C.A.; FRONTARROLI,K.A.; LUCCHESI,F.D.M.;NABEIRO,M. Projeto Promov – Promoção do movimento, I congresso de ciência do desporto, 2005.**Anais.**

PINHEIRO,M.C.; WESTPHAL,M.F.; AKERMAN,M. Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21 p.449-458, mar/abr, 2005.

PINTO, A. C.,; SOUZA, R. C. Ginástica laboral como ferramenta para a melhoria da qualidade de vida no setor de cozinha em restaurantes. **Revista de Ergonomia**. UFSC: Florianópolis, 2000.

RINALDI,W.; FERNANDES,B.D.M.; MAGRO,B.D.G.R.; GIRALDELLI,A .T.; OLIVEIRA,A .A .B. Prevalência de inatividade física dos servidores da universidade estadual de Maringá: análise de acordo com o nível socioeconômico. XIV CONBRACE, Porto Alegre,2005. **Anais.**

SANTOS,L.A . Qualidade de vida no trabalho. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº36, ago/2005.

SANTOS,E.C.;RANGEL,I.S.;SCHIRMER,I.Q. Fatores que dificultam a pratica de atividade física em indivíduos economicamente ativos. XIV CONBRACE, Porto Alegre, 2005.**Anais.**

SCHNEEWIND, J. B. **A invenção da autonomia**. São Leopoldo, Unisinos, 2001.

SEIXAS,J.C.Humanização da assistência a saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº36, ago/2005.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo, Companhia das letras, 2000.

SESC. **Modelo da Atividade: Educação em Saúde**. 2005.

SILVA,L.M.;NOSAKI,W.V.:PUZONE,V.F. O trabalho visto de baixo, Tempo Social, **Revista de Sociologia da USP**, v. 17, nº2 p. 351-379. 2005.

SPINK, M. J.; SPINK, P. **Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade.** Uma semana de notícias nos jornais. São Paulo, Cortez, 2006.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 3.ed. Porto Alegre, Artmed, 2002

TOSCANO, J. J. O. Academia de ginástica: um serviço de saúde latente. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento.** V.9 p. 41-43, 2001.

VELHINHO, M.; VARGAS, S.; CHERUBINI, L. A. **Programa Municipal de Fomento ao Teatro para a Cidade de São Paulo.** 2005. Disponível em www.sobrevento.com.br.

VICENTIN, A. P. M.; GONÇALVES, A. Empoderamento e cidadania pela atividade física no bairro de São Marcos, Campinas, SP, I Congresso de Ciência do Desporto, 2005. **Anais.**

WAISMANN, W. Desigualdade social e Atividade Física. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (orgs.). **A Saúde em Debate na Educação Física.** Blumenau, SC: Edibes, 2003.

ANEXOS

Anexo – 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, idade _____ (anos), sob RG: _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa, sob responsabilidade dos pesquisadores João Carlos Nogueira Louzada e Maria Luiza de Jesus Miranda, membros do curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física.

Assinando este Termo de Consentimento, estarei ciente de que:

- 1 - O objetivo geral desse estudo é investigar a visão de trabalhadores sobre o papel da atividade física na saúde.
- 2 – Durante o estudo será realizada uma entrevista individual.
- 3 – Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa, bem como da possibilidade reduzida de riscos em minha participação.
- 4 – Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
- 5 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e as entrevistas gravadas serão apagadas depois da transcrição. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
- 6 – Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (11) 6099-1665.
- 7 – Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 6069-1999 ram. 1638.
- 8 – Este Termo de Consentimento possui duas vias, permanecendo uma via em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome do voluntário ou responsável legal

Assinatura do voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do pesquisador responsável pelo estudo