



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ALINE MOTTA RIBEIRO

**DESIGUALDADE SOCIAL E A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
o acesso não é para todos (as)**

**Campina Grande – PB
2023**

ALINE MOTTA RIBEIRO

**DESIGUALDADE SOCIAL E A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
o acesso não é para todos (as)**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Kathleen Elane Leal Vasconcelos.

**CAMPINA GRANDE – PB
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R484d Ribeiro, Aline Motta.

Desigualdade social e a prática regular de exercícios físicos: o acesso não é para todos (as) [manuscrito] / Aline Motta Oliveira. - 2023.
29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA. "

1. Desigualdade social. 2. Exercício físico. 3. Atividade física. 4. Políticas públicas. I. Título

21. ed. CDD 362.1

ALINE MOTTA RIBEIRO

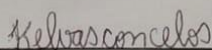
DESIGUALDADE SOCIAL E A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:

o acesso não é para todos (as)

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

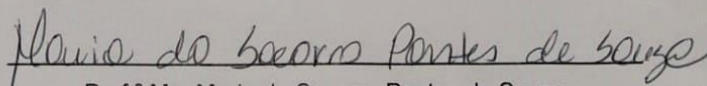
Aprovada em: 29/08/2023.

BANCA EXAMINADORA



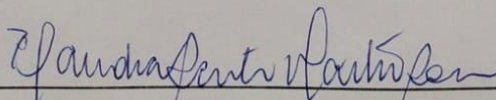
Prof.^a Dr.^a Kathleen Elane Leal Vasconcelos (Orientadora)

Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Claudia Santos Martiniano Sousa

Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, Carmita Motta e Amauri Motta (*in memoriam*), e à minha irmã Ana Carla, pela certeza de que sempre pude contar com eles, DEDICO.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	ACESSO E PERMANÊNCIA NA PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E SUA RELAÇÃO COM AS DESIGUALDADES SOCIAIS	10
2.1	Doenças crônicas não transmissíveis, sedentarismo e obesidade: narrativas e realidade social	10
2.2	Prática regular de exercício físico: saída individual para uma problemática multifacetada?	14
2.3	Breves considerações sobre os abismos da desigualdade social no Brasil e sua relação com a prática regular de exercícios físicos	15
2.4	Políticas públicas e o acesso de pessoas pobres à prática regular de exercícios físicos	19
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	23

DESIGUALDADE SOCIAL E A PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS:
o acesso não é para todos (as)

**SOCIAL INEQUALITY AND THE REGULAR PRACTICE OF PHYSICAL
EXERCISES:**

access is not for everyone

Aline Motta Ribeiro*

RESUMO

Em um contexto de expansão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, associadas ao sedentarismo e à obesidade, e por considerar alguns fatores de risco comportamentais evitáveis, dentre eles a inatividade física, a Organização Mundial de Saúde vem preconizando a prática regular de exercício físico como forma de prevenção de doenças e promoção da saúde. Tal recomendação emerge em um contexto cultural que coloca a “vida saudável” como verdadeiro mandamento e no qual proliferam narrativas relacionadas à estética e à exigência por corpos magros. A proposta desse artigo é problematizar como a desigualdade social influencia no acesso à prática regular de atividades/exercícios físicos por parte da população pobre brasileira, bem como questionar os discursos totalizantes em torno da saúde e estética. O tipo de estudo adotado foi a pesquisa qualitativa, por meio de revisão de literatura do tipo narrativa. Constatou-se que, em uma sociedade obesogênica e marcada por profundos abismos sociais, os discursos em torno da normatividade da prática regular de exercícios físicos acabam por desconsiderar os aspectos socioeconômicos da população e transferem o acesso ao exercício físico do campo do direito para o do dever, responsabilizando os indivíduos e grupos sociais por saídas individuais. Observa-se o tímido papel do Estado na promoção de políticas públicas intersetoriais na tentativa de reduzir estas desigualdades, o que evidencia o quanto a desigualdade social afeta diretamente o acesso de pessoas da classe pobre à prática regular de exercícios físicos e, portanto, a estratégias para prevenção/promoção da saúde.

Palavras-chave: desigualdade social; exercício físico; atividade física; políticas públicas.

ABSTRACT

In a Noncommunicable Chronic Disease expansion context associated with sedentary lifestyles and obesity, and considering certain avoidable behavioral risk factors, including physical inactivity, the World Health Organization has recommended regular physical exercise as a way of preventing diseases and promoting health. This recommendation emerges in a cultural context that places “healthy living” as a true commandment and in which narratives associated to aesthetics and the demand for thin bodies thrive. The aim of this article is to problematize how social inequality influences regular physical activity/exercise access by the poor Brazilian population, also questioning the totalizing discourses surrounding health and aesthetics. A qualita-

* Aluna de Graduação do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba (aline.motta@aluno.uepb.edu.br)

tive research was adopted employing a narrative literature review. The findings indicate that, in an obesogenic society marked by deep social abysses, the discourses surrounding the normativity of regular physical exercise disregard socioeconomic population aspects and transfer physical exercise access from the field of right to that of duty, blaming individuals and social groups for individual solutions. A timid State role in promoting intersectoral public policies in an attempt to reduce these inequalities is noted, demonstrating how much social inequality directly affects access of the poor to regular physical exercises and, therefore, to prevention/health promotion strategies.

Keywords: Social inequality; Physical exercise; Physical activity; Public policy.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Camargo e Añez (2020), a prática de atividade física¹ de maneira regular é uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que visa benefícios de ordem biopsicossocial, já que é considerada uma prática que previne e controla Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e é preventiva de declínio mental, bem como de sintomas como depressão e ansiedade.

Neste contexto, faz parte da cultura contemporânea a ideia de que, para o alcance da “saúde”, é imperativa a inserção da prática regular de exercícios físicos no cotidiano de todas as pessoas. Tal “mandamento” aparece em um contexto no qual os discursos sobre saúde e estética se entrelaçam. Assim, ocorre um deslocamento do que seria um direito da pessoa para o campo do dever, geralmente desconsiderando ainda as condições de vida em que se encontra o indivíduo ou grupo social.

Parte-se do pressuposto de que o acesso regular a exercícios físicos é atravessado por uma série de determinações que extrapolam a esfera da vontade dos indivíduos e grupos das classes populares. Neste sentido, de acordo com Vasconcelos e Schmaller (2017, p. 161), desconsiderar a realidade social em que vivem as pessoas, acaba por responsabilizar os sujeitos individualmente por sua condição de saúde, sem considerar suas condições de vida e de trabalho, que geralmente dificultam a possibilidade da maior parte da população optar por um estilo de vida mais saudável. A partir de tal afirmação, a proposta desse artigo é problematizar como a desigualdade social influencia no acesso à prática regular de atividades/exercícios físicos por parte da população pobre brasileira.

A ideia de realizar tal estudo está relacionada à nossa trajetória acadêmica, pois, durante o período de estágio curricular obrigatório em Serviço Social numa Unidade Básica de Saúde (UBS) Três Irmãs, foi possível ouvir diversas vezes dos usuários participantes das oficinas envolvendo atividades coordenadas com o corpo, o quanto estas práticas lhes faziam bem, surgindo assim o interesse pelas questões

¹ É necessário alertar para a diferença entre o que se considera *exercício físico* (EF) e *atividade física* (AF). De acordo com o Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano elaborado pela PNUD (2017, p. 70), embora estes termos sejam comumente utilizados como sinônimos, o exercício físico é considerado uma subcategoria da atividade física, pois, enquanto a atividade física compreende “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético”, o exercício físico é “a atividade física que é planejada, estruturada, repetitiva e intencional, no sentido de que tem por objetivo a melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física”.

que permeiam o universo das populações pobres referentes ao acesso à prática regular de exercícios físicos.

Também a trajetória pessoal foi fator motivante para este trabalho, uma vez que, sendo usuária de academia de ginástica no setor privado, observa-se que existem diversos custos associados a este tipo de serviço, os quais não se resumem ao pagamento de mensalidades, mas também a toda uma cadeia de acessórios e produtos voltados para este segmento mercadológico, encarecendo e/ou inviabilizando a prática regular de exercícios físicos no setor privado, caracterizando-se, desta forma, como uma desigualdade social no acesso a bens e serviços por parte das pessoas com baixo poder aquisitivo.

Portanto, pensar no contexto socioeconômico dos indivíduos, para assim tomar a dimensão mais ampliada que a prática regular de atividades/exercícios físicos pode alcançar, é também refletir sobre os diversos condicionantes limitantes ou impeditivos que atingem a população das classes populares, impactando de forma direta sobre essa forma de desigualdade social. É também um modo de evidenciar a relevância desta temática no âmbito do exercício profissional do Assistente Social, considerado profissional de saúde, uma vez que sua atuação deve estar em acordo com os princípios do Código de Ética Profissional² que sustentam a própria concepção do Serviço Social, pautada no compromisso com a igualdade social “como a única condição capaz de propiciar a todos e a cada um dos indivíduos sociais os supostos para o seu livre desenvolvimento” (NETTO, 2007, p. 138).

Deste modo, discutir a importância da prática de atividades/exercícios físicos para a saúde integral dos indivíduos, se afastando do senso comum, que aponta a falta de vontade ou persistência das pessoas que não inserem estas práticas em seus cotidianos, é uma forma de problematizar as condições de vida e trabalho de pessoas pobres, que interferem no acesso e permanência desta prática de modo regular. É também um modo de colocar em questão o discurso totalizante da prática de exercícios e atividades físicas como uma ideia de mandamento na sociedade.

Esse trabalho consistiu em pesquisa qualitativa, que “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc...” (GERHARDT & SILVEIRA, 2009, p. 31), de tal modo que se volta para os “aspectos da realidade que não podem ser

² Este Código, em vigor desde 1993, tem como “princípios fundamentais”: o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes (autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais); defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; posicionamento em favor da equidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e aos serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas e do compromisso com o constante aprimoramento intelectual; opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios éticos deste Código e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física. O texto completo do Código é acessível em Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de leis e resoluções. Rio de Janeiro: CRESS/7a. Região-RJ, 2005.

quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.” (idem, p. 32).

Optou-se por um ensaio teórico, muito utilizado na área das ciências sociais na produção de reflexões sobre os acontecimentos mais relevantes de sua época, sendo considerado

um meio de análise e elucubrações em relação ao objeto, independentemente de sua natureza ou característica [...], é a forma como são incubados novos conhecimentos [...], surge como tentativa permanente de resolver a questão central da filosofia moderna: a separação e tensão permanente entre sujeito e objeto na compreensão da realidade. [...]. Nele, o objeto exerce primazia, mas a subjetividade do ensaísta está permanentemente em interação com ele. A subjetividade é dos elementos permanente e importante na forma como o ensaio avança como processo de conhecimento. (MENEGETTI, 2011, p. 323).

A World Wide Web serviu de fonte para buscas de livros, artigos, revistas e reportagens, já que é uma ferramenta que dispõe de acesso eletrônico a uma base de dados relevante para pesquisas acadêmicas. O Google Acadêmico foi utilizado como a plataforma de busca de artigos científicos, uma vez que a mesma contempla diversas outras plataformas de publicações científicas. Para as buscas, foram utilizados os seguintes termos: atividade física, exercício físico, desigualdade social, e políticas públicas.

O período prioritariamente estabelecido para este trabalho ficou compreendido entre os anos de 2012 a 2023. Tal escolha se deveu ao fato do Programa Academia da Saúde (PAS³) ter sido iniciado em 2011. No entanto, algumas referências anteriores a este período foram utilizadas, considerando-se a relevância para o tema. Devido à natureza da pesquisa, não se fez necessária a aprovação pelo Conselho de Ética.

Assim, para tematizar os questionamentos e tensionamentos aqui introduzidos, o presente trabalho está organizado da seguinte forma: no primeiro item, tratamos, de um modo geral, de algumas narrativas sociais que envolvem o debate em torno da imperatividade da prática de exercícios físicos, que estão aliadas a discursos científicos sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), o sedentarismo e a obesidade. Num segundo momento, trazemos alguns elementos que apontam para aspectos multifacetados relativos à prática regular de exercícios físicos e que extrapolam a vontade dos grupos e indivíduos a atender as recomendações amplamente divulgadas de adesão a esta prática. No terceiro item, discutimos a ideia de que discursos totalizantes em torno de um ideal de saúde⁴, desconsideram a realidade social dos indivíduos e grupos sociais. Por fim, problematizamos o que as políticas públicas ofertam na tentativa de promover a equidade no acesso à prática de

³ <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude>

⁴ Silva et al (2014), ao colocarem em questão o ideal cientificista no atual cenário das práticas de saúde, afirmam que embora a ciência moderna venha sendo responsável por avanços na área da saúde, como a codificação do genoma humano e métodos de controle epidemiológico de várias doenças, por exemplo, ela tem “sua face perversa, pois proclama um ideal de saúde em nome do qual as intervenções em saúde são exercidas universalmente quase que de forma mandatária, seja a que custo for (FOUCAULT, 2006, apud SILVA ET AL, 2015, p.252), e, no ímpeto de alcançar esse ideal, “os afetos são mobilizados e manipulados narcisicamente no sentido de suscitar na pessoa o sentimento e a fantasia de que, caso não siga o ideal coletivo da saúde ideal, estará não só aquém da própria saúde ideal apresentada, mas, sobretudo, fora do grupamento humano atual, será um excluído simbólico” (MARTINS, 2004, apud SILVA ET AL, 2015, p.252).

exercícios físicos. Diante dessas discussões, trouxemos algumas considerações finais a título de conclusão do trabalho.

2 ACESSO E PERMANÊNCIA NA PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS E SUA RELAÇÃO COM AS DESIGUALDADES SOCIAIS

2.1 Doenças crônicas não transmissíveis, sedentarismo e obesidade: narrativas e realidade social

De acordo com a World Health Organization (WHO⁵, 2022, p. 1), 74% das mortes no mundo (dados coletados entre 2019 e 2021) foram decorrentes de DCNTs, especialmente por doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças crônicas respiratórias. A WHO estima ainda que o número de mortes anuais causadas por DCNTs continuem a crescer em todo o mundo, e que um aumento maior é esperado nas regiões de baixa e média renda.

Esta organização atenta para o fato de que dados de mortalidade e morbidade revelam o impacto crescente e desproporcional da epidemia de DCNTs em países de baixa renda, e considera que fatores de risco comportamentais evitáveis (tabagismo, sedentarismo, inatividade física e alimentação não saudável) e outras causas metabólicas e fisiológicas subjacentes (hipertensão, obesidade, excesso de peso, colesterol elevado e infecções associadas aos cânceres) influenciam no aumento desta epidemia (WHO, 2010, p. 13).

A prática regular de atividades físicas é, de acordo com o Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil (PNUD, 2017), uma recomendação da OMS para as populações em geral, com o foco principal de reduzir o comportamento considerado sedentário⁶ - característico das sociedades modernas e industrializadas. O sedentarismo, por sua vez, está intimamente associado à obesidade, considerada uma doença crônica, definida pela OMS “como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo [...] de origem multifatorial que engloba diferentes dimensões: biológica, social, cultural, comportamental, de saúde pública e política” (BRASIL, 2021a).

De acordo com a Agência Brasil (2020), a proporção de obesos⁷ mais do que dobrou⁸ na população com mais de 20 anos em solo brasileiro entre os anos de 2003 e 2019, passando de 12,2% para 26,8%, enquanto a proporção (para a mesma faixa etária) com excesso de peso aumentou em torno de 43%, conforme dados que constam do segundo volume da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019. A pesquisa aponta ainda que, no ano de 2019, 19,4% de adolescentes entre 15 e 17 anos apresentavam

⁵ World Health Organization - WHO, cuja tradução para o português é: Organização Mundial de Saúde - OMS.

⁶ De acordo com o [Guia de Atividade Física para a População Brasileira](#), produzido pelo Ministério da Saúde, o comportamento sedentário envolve atividades realizadas quando se está acordado sentado, reclinado ou deitado e gastando pouca energia. Essas atividades geralmente são realizadas em frente a telas de computador, televisão, celulares e tablets, mas também incluem o tempo sentado para se deslocar de um lugar a outro utilizando carro, ônibus ou metrô, e para realizar trabalhos manuais, jogar cartas ou jogos de mesa. (BRASIL, 2021b).

⁷ É considerado como excesso de peso o índice de massa corporal (IMC) maior do que 25. A pessoa obesa tem IMC maior do que 30. O IMC é calculado pelo peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro (AGÊNCIA BRASIL, 2020).

⁸ Tal fenômeno ficou conhecido como transição nutricional, no qual houve uma diminuição significativa nas taxas de desnutrição infantil e um acelerado aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003, apud VIANNA, 2018).

uma condição de obesidade, e 6,7% excesso de peso. Estas proporções, tanto na população adulta quanto na de adolescentes, são maiores na população feminina que na masculina.

A obesidade apresenta fatores de risco elevados para a saúde quando associada a DCNTs, como “resistência à insulina e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão, dislipidemias e alguns tipos de câncer” (SARTORI-CINTRA, 2018). Ainda de acordo com estes autores “Secundariamente, a obesidade está fortemente associada a uma série de distúrbios, como asma e esteato-hepatite não alcoólica, além de doenças osteometabólicas, como a osteoporose e a osteoartrite” (p. 1).

Além de DCNTs e distúrbios secundários associados, estudos indicam que alguns transtornos emocionais também estão associados à obesidade, uma vez que pessoas obesas muito frequentemente evitam o convívio social por não se sentirem aceitas, são discriminadas em ambiente de trabalho, têm menos chances em vagas de emprego, se locomovem com mais dificuldades, dentre outros fatores limitantes.

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2016, p. 38),

Há um aumento dos sentimentos de inferioridade e do isolamento social entre adultos e crianças obesos. Sintomas de estresse, tais como ansiedade, depressão, nervosismo e o hábito de se alimentar quando problemas emocionais estão presentes são comuns em pacientes com sobrepeso ou obesidade, sugerindo relação entre estresse, compulsão por comida palatável, transtorno de compulsão alimentar e obesidade. O estresse pode ser uma consequência da obesidade devido a fatores sociais, à discriminação e, alternativamente, a causa da obesidade.

Apesar de todas essas questões, vivemos em uma sociabilidade que, segundo Araújo, Freitas e Pena (2018, p. 111), “tem se configurado como essencialmente obesogênica, como sintoma de uma sociedade que fomenta o consumo compulsivo do alimento, ao mesmo tempo em que fortalece modos de vida sedentários”. De acordo com o Ministério da Saúde (2022), consideram-se ambientes obesogênicos aqueles que são “promotores ou facilitadores de escolhas alimentares não saudáveis e de comportamentos sedentários, os quais dificultam a adoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física”.

Adensando essa ideia, Henriques et al. (2016, p. 4144), ao se referirem ao ambiente alimentar e à exposição à publicidade como importantes condicionantes da obesidade infantil, afirmam que o termo “‘sociedade obesogênica’ foi cunhado para indicar o quanto os fatores ‘ambientais’, relacionados com as práticas de produção, comercialização e consumo de alimentos, assumem particular relevância na configuração do problema”.

De forma contraditória, numa cultura que compele à obesidade Vianna (2018, p. 100), ao se referir a construção da identidade - e ao corpo enquanto instrumento desta construção - alerta para as diversas formas de imposição social que exigem um modelo de corpo socialmente compartilhado e aceito a partir de uma estética que se resume à tríade da saúde, beleza e juventude. A saúde associada a um padrão de estética culturalmente difundido e aceito pela sociedade, que busca um estilo de vida jovem em um corpo que não se quer envelhecido. De acordo com Costa (2005, p. 200) a busca utópica pelo corpo perfeito, presente na sociedade contemporânea, acaba direcionado para rituais de beleza, e neste âmbito, “a compulsão da boa forma

se tornou, assim, a tática de proteção da identidade pela trivialização do semblante corpóreo”.

Assim, conforme Vianna (2018), é criado um ambiente opressor para as pessoas corpulentas ao reforçar a ideia social de que o corpo magro é a principal condição para uma vida saudável e socialmente plena. Isso ocorre devido à supervalorização da magreza como ideal de beleza, felicidade e sucesso. De acordo com Gebara et al. (2022, p. 9),

O conteúdo representacional socialmente compartilhado por pessoas obesas sobre a obesidade e a magreza indica que a obesidade é vista como um fator limitante, que gera sentimentos negativos e exclusão social. A magreza surge como um escape a essa situação, ou seja, uma condição que possibilitaria segurança, bem-estar e felicidade.

Tal quadro gera uma pressão cultural constante para a perda e controle do peso, além do estigma⁹ sobre a obesidade, visto que é associada a uma falência moral¹⁰.

De acordo com a definição de *comportamento sedentário*, pode-se afirmar que pessoas magras - tanto quanto as corpulentas - não estão livres dessa rede discursiva que demanda a prática regular de AFs, embora os olhares da sociedade se voltem para os corpos obesos. Ao tomar as atividades físicas como *qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético* (PNUD, 2017, p. 70) e a sua prática como a solução para todas as consequências que o comportamento sedentário evoca (a obesidade em particular), cria-se a ideia de que esta prática é possível a todo instante, já que *todo movimento conta*, (OMS, apud CAMARGO & AÑEZ, 2020), desconsiderando-se a realidade social dos indivíduos e grupos sociais.

Porém, voltar-se para esta prática de maneira isolada não surte os efeitos desejados, dado que a obesidade não é consequência única do sedentarismo, havendo uma inter-relação (dentre outros fatores) entre “o perfil genético de maior risco, elementos sociais e ambientais [...] consumo excessivo de calorias e de alimentos ultraprocessados, sono insuficiente, disruptores endócrinos, ambiente intrauterino, [...] e status socioeconômico” (BRASIL, 2021a).

Em outras palavras, a obesidade também está relacionada aos hábitos alimentares, bem como ao estilo e condições de vida dos indivíduos, condições estas impactadas pelo processo de industrialização, pela migração das populações rurais para as cidades e pelo progresso tecnológico, de modo que “todos esses fatores são influenciados e influenciam as mudanças no padrão energético da dieta e na diminuição da atividade física, ou seja, contribuíram para o quadro mundial de obesidade na atualidade” (VIANNA, 2018, p. 96).

Ainda de acordo com a ABESO (2016, p. 35), algumas mudanças sócio-comportamentais da população e o estilo de vida moderno, tais como a redução do

⁹ De acordo com Goffman (1988, apud Vianna, 2018, p.100), o conceito de estigma refere-se a qualquer atributo pessoal que é “altamente desacreditador” para quem o possui, e esses atributos incluem a “estigmatização grupal”, “aversão do corpo” e “falhas no carácter individual”, estando todas as três dimensões associadas à condição de pessoa obesa”.

¹⁰ Falência esta que, segundo a autora, se expressa pelos relatos de pacientes obesos sobre ofensas e injúrias que sofrem tanto no ambiente familiar e profissional, bem como por parte de profissionais da saúde que os atende, pois “não podem comer em público, ficar doentes, se locomover em ônibus/avião ou comprar vestimentas sem que isso atraia olhares de reprimenda e desgosto” (VIANNA, 2018, p. 105).

número de refeições feitas em casa e a necessidade de fazer as refeições em um curto espaço de tempo também concorrem para o aumento do ganho de peso.

A população infantil, por sua vez, cada vez mais cedo é apresentada aos diversos tipos de mídias eletrônicas e tecnológicas, de modo que crianças e adolescentes permanecem longas horas de entretenimento com os meios tecnológicos, negligenciando as práticas corporais (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2020). De acordo com os autores,

O contato com as tecnologias leva as crianças, por um lado, a se desconectarem do mundo social e, por outro, do convívio recreativo com outras crianças. Esse fenômeno impossibilita-as de elevar os gastos energéticos que podem ocorrer por meio das brincadeiras e diversos outros movimentos corporais, algo extremamente importante nessa fase da vida, por evitar o acúmulo de gordura corporal (p. 157).

Além do comportamento sedentário, o excesso de tempo de uso de telas expõe este público a propagandas constantes de alimentos ultraprocessados e de alto valor energético, as quais, “através de imagens meramente ilustrativas ou não atizam o consumo e o desejo de consumir das crianças e jovens” (idem, p.162). Estes fatores interligados contribuem para um cotidiano com elevado consumo energético e pouco gasto calórico, que, associados a condições fisiológicas ocasionam, frequentemente, o sobrepeso ou mesmo a obesidade na fase infantojuvenil.

Conforme exposto, discutir a questão das DCNTs, da obesidade e do sobrepeso, bem como da importância da prática regular de exercício físico não é algo que deve se dar no etéreo, mas possui relação com as condições de vida de determinado tempo histórico. A própria OMS (PNUD, 2017, p. 187) reconhece que “(...) a saúde é fortemente influenciada pelas condições sociais”¹¹.

Não obstante tal realidade que gera uma sociedade obesogênica, num cenário em que juventude, beleza e saúde se entrelaçam como ideal a ser alcançado, constata-se uma responsabilização individual pela obesidade e pela busca de exercícios físicos como estratégia para prevenção de doenças. Podemos, portanto, nos perguntar se as condições socioeconômicas dos indivíduos e grupos sociais têm sido levadas em consideração ao se atribuir responsabilidade individual pelo sedentarismo e suas consequências, nos moldes como aparecem nos discursos produzidos e reproduzidos nos veículos midiáticos de um modo geral.

Diante da complexidade e dos diversos determinantes que influenciam e são influenciados pela obesidade e sedentarismo, há que se pensar em estratégias de enfrentamento intersetoriais, pois, embora o problema se concretize no indivíduo, “medidas individuais exigem um esforço maior do que é possível operar frente ao ambiente obesogênico” (DIAS et al., 2017, p. 7). De acordo com os autores, ações de prevenção da obesidade implementadas de forma isolada, favorecem uma baixa resolutividade, sendo necessárias ações pautadas na intrasetorialidade e intersetorialidade¹² levando a uma maior efetividade do conjunto de medidas de prevenção e controle, como discutiremos adiante.

¹¹ A OMS, em 2005, criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). No Brasil, em 2006 foi implementada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, e “desde então, reduzir as injustiças na saúde tem sido reconhecido enquanto aspecto moral e compromisso político, sendo orientadas prioridades e metas globais para melhorar o bem-estar das pessoas e promover a equidade em saúde”. (PNUD, 2017, p. 187)

¹² A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como

2.2 Prática regular de exercício físico: saída individual para uma problemática multifacetada?

Sob o lema de “todo movimento conta” ou “toda atividade física conta”, a OMS (CAMARGO & AÑEZ, 2020), em suas diretrizes para a promoção de atividades físicas e redução do comportamento sedentário, considera que todos os grupos populacionais (adultos, idosos, crianças, mulheres grávidas, pessoas com deficiências) devem realizar atividades físicas, estejam elas incluídas no esporte ou no lazer, bem como nas tarefas domésticas, no trabalho, e nos deslocamentos (a caminho de casa, do supermercado, da escola...). Como principal alvo de combate ao comportamento sedentário, estas recomendações variam em tempo e intensidade, de acordo com o grupo em questão. Mas não apenas.

As recomendações contidas nas diretrizes preconizam ainda que as especificidades regionais, tanto em termos de cultura quanto em relação às condições socioeconômicas das populações, devem ser adaptadas pelos governos, de acordo com as realidades sociais, como parte de suas políticas nacionais. Consideram, portanto, que “as diretrizes nacionais de atividade física são um componente central das estruturas de governança para uma abordagem abrangente para aumentar os níveis de atividade física da população.” (CAMARGO & AÑEZ, 2020, p.16). A OMS entende, porém, que a adesão da sociedade à prática regular de AFs não depende apenas da formulação das diretrizes, mas englobam também atores multissetoriais, incluindo os sistemas de saúde e as instituições com interesse ou papel importante na promoção de atividades físicas.

A ideia contida nas recomendações da OMS, que busca evitar o comportamento sedentário da população mundial por meio das AFs, considerando prioritariamente o gasto energético, é alvo de críticas e considerações, como por exemplo as descritas no Relatório “Movimento é Vida: Atividades físicas e esportivas para todas as pessoas” (PNUD, 2017). De acordo com este Relatório

O “sujeito-que-se-movimenta” não é uma somatória de órgãos fisiológicos, mas uma pessoa, dotada de desejos, emoções, vontades, envolta em sentidos culturais, submetida a posições sociais, imersa em uma história de vida individual e coletiva. Qualquer ação pedagógica ou política – seja no campo da saúde, educação, lazer ou esporte – que ignorar essa evidência terá poucas chances de sucesso. (PNUD, 2017, p. 80)

Ainda no referido Relatório, termos como: práticas corporais, atividades físicas, esportes, jogos, cultura do movimento, por exemplo, são utilizados para apontar que a escolha de um nome não é neutra, implicando em “consequências e repercussões, pois reflete opções por sentidos e valores, e por fim objetiva a consolidação ou idealização de projetos para o campo das AFEs.” (PNUD, 2017, p. 62). Advoga-se que as AFs devem ser desvinculadas de aspectos laborais e utilitários, priorizando-se a

uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno (FEUERWERKER & COSTA, 2000, apud WARSCHAUER & CARVALHO, 2014, p. 193).

possibilidade de escolha por parte dos indivíduos e grupos sociais no processo de movimento com o corpo.

Portanto, tendo as recomendações da OMS como foco prioritário o combate ao comportamento sedentário com o intuito de reduzir o elevado índice de DCNTs, ou seja, um foco voltado para a saúde, torna-se imprescindível levar em consideração os múltiplos aspectos ligados à saúde, uma vez que a mesma não se resume à ausência de doenças. Ela está atrelada a diversos elementos (alimentação, moradia, renda, meio ambiente, condições de trabalho, acesso a serviços de transporte e de saúde, lazer...) de modo bastante complexo, como proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde na Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Sabemos que a prática de atividades físicas é um dos fatores condicionantes e determinantes de saúde estabelecido pela Lei 12.864/2013 (BRASIL, 2013a), que altera o caput do artigo 3º da Lei Orgânica 8.080/1990, na qual não estava anteriormente inserida. Esta inserção reflete a importância da prática de atividade física para a promoção integral da saúde.

Levando em consideração que um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade, é fundamental nos perguntarmos se há de fato as mesmas oportunidades de acesso à prática de atividades físicas por parte da população pobre em um país em que as desigualdades sociais são significativas. É sobre esta questão que nos debruçaremos no item a seguir.

2.3 Breves considerações sobre os abismos da desigualdade social no Brasil e sua relação com a prática regular de exercícios físicos

A desigualdade, para Campos (2017, p. 2316) é a categoria analítica chave para o debate sobre a saúde em um contexto internacional, pois há uma grande heterogeneidade nas questões de saúde no mundo como um todo, que se revela de formas diferentes em países e regiões distintas.

O Brasil, de acordo com o Banco Mundial, se configura como o nono país de maior desigualdade social no mundo (IBGE, 2020, [s.p.]), desigualdade esta, como assinalada por Godinho (2011, p. 1), “fomentadora de situações históricas de desagregação e vulnerabilidades concretas”. Meirelles (2022, p. 79) considera que a desigualdade social inclui diversas concepções relacionadas à discrepância de rendimentos e das condições de vida de um modo geral existentes entre as classes sociais, e a grande diferença que as distingue em relação aos modos de produção e de acesso aos bens socialmente produzidos, pois, nas sociedades capitalistas “a produção da riqueza social e a sua distribuição são as principais contradições que configuram a questão social”.

Neste sentido, Godinho (2011, p. 4) considera o vínculo estreito entre a pobreza e as desigualdades sociais como um dos elementos decorrentes das enormes diferenças da distribuição de renda, e que a redução da concentração de renda constitui ponto chave para a diminuição da desigualdade social, sendo necessário, para tanto, um conjunto de ações intersetoriais combinados “que estimulem o crescimento econômico e a equidade na distribuição de renda, assim como a execução de políticas sociais que estabeleçam um plano de combate, a médio e longo prazo, de enfrentamento da pobreza”.

Na contramão do que indica Godinho (2011), de acordo com Medeiros (2021), com a ascensão à Presidência da República de Michel Temer em 2016, via golpe parlamentar midiático, verificam-se passos acelerados da contrarreforma do Estado

brasileiro, que resultaram no esfacelamento das várias políticas sociais e dos direitos sociais. Ainda de acordo com a autora, o governo de Jair Bolsonaro dá continuidade ao que Temer iniciou e prejudica ainda mais os trabalhadores com ações de ajustes fiscais, favorecendo o capital financeiro em detrimento das políticas sociais, em especial da Assistência Social.

Em relação às políticas de combate à fome, Melito (2020, [s.p.]) afirma que os cortes orçamentários, o fim de programas, o loteamento de cargos e o fim da participação da sociedade civil nas discussões políticas para a área, foram ações de desmonte prioritárias do governo Bolsonaro e que colocam a segurança alimentar e nutricional do país em risco.

A partir de uma perspectiva orçamentária, Couto e Rech (2022) afirmam que programas, políticas públicas e órgãos públicos foram objetos de desmonte ativo do governo Bolsonaro e que, na área social, há indícios de que o desmonte pretendia reduzir a atuação do Estado na proteção e promoção de direitos da população mais vulnerável.

No contexto da pandemia Covid-19 e da crise econômica, social e política do governo Bolsonaro, o programa de transferência de renda que adotou em seu governo em virtude do contexto da pandemia Covid-19, se apresentou “de forma compensatória e assistencialista, e em face do governo ultraneoliberal vigente tem privilegiado o atendimento da rentabilidade econômica sobre as necessidades sociais, consolidando o cumprimento das exigências do capital” (idem, [s.p.]).

Guerra (2023, [s.p.]) considera que houve um expressivo aumento das desigualdades sociais, perceptível em números divulgados pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) após pesquisa realizada entre agosto e fevereiro de 2021, e que apontam o acréscimo de 17,1 milhões de pessoas voltando à situação de pobreza. De acordo com o IBGE (2022, [s.p.]) cerca de 12 milhões de pessoas viviam em extrema pobreza e mais de 50 milhões em situação de pobreza no Brasil em 2020, e que “os benefícios emergenciais serviram de colchão de amortecimento para os impactos mais severos da crise sobre a população mais vulnerável”. Porém, afirma que apenas a pobreza monetária (insuficiência de renda) foi levada em consideração para estes dados, e que indicadores relativos à educação, saúde e moradia adequada, por exemplo, não foram considerados.

Os impactos ocasionados pela pandemia nas populações vulneráveis trouxeram à tona discussões sobre as desigualdades sociais no país e evidenciaram as condições de vulnerabilidade em que vivem as pessoas pobres (BORGES, 2023, p. 4). Neste contexto, de acordo com a autora, as questões que envolvem a segurança alimentar se agravaram, colocando em risco o direito à alimentação, requerendo do Estado, por meio de políticas sociais, uma abordagem interministerial tanto no âmbito da assistência quanto no da saúde, na tentativa de “providenciar a garantia mínima de existência e dignidade da pessoa humana”, pois a privação a uma alimentação saudável e nutritiva pode acarretar em uma série de problemas de saúde.

No entanto, de acordo com Netto (2007, p. 159), a política do Estado voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial, e o sistema de proteção social prioriza os segmentos da população que já possuem uma certa renda. O autor considera ainda que o Estado se desresponsabiliza do enfrentamento da pobreza de forma intersetorial e “articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência”, ou seja, não assume o seu papel perante as populações pobres.

Cumprir também que a relação entre desigualdade social não abrange apenas as questões de classe, mas perpassa também as relações de gênero e

classe/etnia, entre outras. Pensar a realidade de saúde da população - bem como a prática de exercícios físicos - requer justamente considerar a realidade acima indicada, visto que a saúde é uma produção social, conforme expresso na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 216).

Segundo Campos (2017), a existência de sistemas nacionais de saúde pública, como no Brasil, conseguem atenuar - ainda que de modo parcial - a disparidade existente no acesso à saúde. Tomada, por um lado como mercadoria, e por outro como uma necessidade, os governos passam a operar sob um forte dilema ético-político “que explica grande parte dessas desigualdades, além da dominação econômica de uma parte do mundo” (CAMPOS, 2017, p. 2316).

Seguindo esta linha de pensamento de Campos (2017), Crochemore-Silva et al. (2020) refletem sobre a questão das desigualdades na saúde relacionadas à prática de exercícios físicos, a partir da *Hipótese da Equidade Inversa*¹³, quando as inovações em saúde tendem a ser adotadas inicialmente pelos mais privilegiados, e da *Lei dos Cuidados Inversos*¹⁴, quando os grupos mais desfavorecidos econômica e socialmente têm maior necessidade de cuidados de saúde, porém recebem menos cuidados de qualidade em comparação com os grupos mais privilegiados.

De acordo com os autores, no contexto do exercício físico, pode-se relacionar a Hipótese da Equidade Inversa à proliferação de academias de ginástica no setor privado, bem como “a busca por atendimento personalizado, associação a clubes de esporte e lazer e [...] a expansão do mercado imobiliário, vendendo a imagem/ideia de ambiente saudável e adequado à prática de atividade física.” (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020, p. 4). No entanto, é a população que já tem acesso a este mercado que usufrui desta disponibilidade, enquanto as pessoas pobres permanecem sem acesso ou com acesso precário.

É importante situar que, conforme Pasquali et al. (2011, p. 1), as práticas corporais na atualidade se dão de forma cada vez mais subordinada à forma de mercadoria. Por exemplo, em estudo realizado no município de Goiânia, as autoras constataram que o crescimento do setor de academias de ginástica cresceu de forma desigual pela cidade: centro versus periferia, e áreas ricas versus áreas pobres. São enormes as disparidades em relação aos serviços de academias que se oferecem em termos de gestão, investimentos em estrutura, equipamentos e profissionais especializados, e a sua consequente distribuição desigual. Infelizmente, essa é uma realidade vivenciada em todo o território nacional.

Um exemplo dessa desigualdade é o fato de que enquanto pessoas ricas chegam a pagar mais de três mil reais de mensalidade em academias de luxo, as chamadas “academias boutique”¹⁵, pessoas pobres podem não possuir dinheiro nem mesmo para o deslocamento de casa ou do trabalho até um espaço público onde possam praticar exercícios físicos. Assim, de acordo com Pasquali et al. (2011, p. 14), as disparidades sociais e demográficas constituem um problema para a prática de

¹³ A Hipótese da Equidade Inversa, teorizada em 2000 por Victora et al., busca compreender como as desigualdades tendem a se estabelecer em indicadores de saúde. (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020, p. 4).

¹⁴ O que ficou conhecido como Lei de Hart foi enunciado logo no resumo do artigo de Julian Tudor Hart intitulado *The Inverse Care Law*, publicado no *Lancet* em 1971: “A oferta de cuidados médicos de qualidade tende a variar inversamente às necessidades da população atendida” (SCHOLZE, 2022, p. 2).

¹⁵ <https://guiadoexnegativado.com.br/academia-boutique-mensalidades-custam-mais-de-3-mil-reais/>

atividades físicas e consideram importante a oferta e manutenção de espaços apropriados para estas práticas.

Ainda no contexto da demanda para a prática regular de AFs, estes autores exemplificam que a Lei dos Cuidados Inversos pode se manifestar em uma menor disponibilidade de espaços e equipamentos públicos de qualidade em áreas mais pobres, bem como menor acesso a programas de atividade física orientados por profissionais capacitados. É o que acontece, por exemplo, no Brasil, com o Programa Academia da Saúde¹⁶ (BRASIL, 2013c, [s.p.]), cuja infraestrutura deveria contar com equipamentos e pessoal qualificado para orientar os usuários destas academias.

Porém, de acordo com Silva (2018, p. 26), além de não se oferecer uma infraestrutura adequada, “o direcionamento dado pelo programa não resolve a determinação social que impedem os sujeitos de obter esse ‘modo de vida saudável’, pelo contrário, reforça a lógica individualizante no que diz respeito aos cuidados com a saúde”.

A oferta de segurança pública e a mobilidade urbana também estão relacionadas ao que tanto a Hipótese da Equidade Inversa quanto a Lei dos Cuidados Inversos chamam a atenção, uma vez que as áreas urbanas ditas “nobres” são mais bem iluminadas, policiadas e com mais ruas calçadas e/ou asfaltadas que as áreas pobres. É imprescindível acrescentar que

Devido à falta de dinheiro, a enorme jornada de trabalho, à falta de informação sobre o assunto, a falta de moradia e à distância da periferia até o centro – onde se localizam os principais espaços de lazer e prática esportiva – as condições para manter uma rotina de exercício físico são cada vez piores para as trabalhadoras e trabalhadores do nosso país (ALFREDO, 2022 [s.p.]).

De acordo com o autor, a rotina sobrecarregada que envolve o trabalho, os estudos e as atividades domésticas da classe trabalhadora, os distanciam de uma prática regular de exercícios físicos, sendo a falta de tempo o principal fator relatado por esta classe pela não adesão a esta prática.

Todos estes elementos (mas não apenas estes) apontam para os abismos que a desigualdade social alarga no acesso à saúde, em particular, à prática regular de exercícios/atividades físicas, tema deste trabalho.

Desta forma, os discursos repetidos insistentemente pelas mídias sobre a exigência de busca de uma saúde integral escancaram as injustiças sociais e as formas de vida precárias em que vivem as pessoas pobres diante de cobranças para que as mesmas se responsabilizem por conseguir e por manter uma vida saudável. Não podemos deixar de nos referir ao cunho ideológico contido nestes discursos hegemônicos. Burnley (1998, apud PALMA, 2000, p. 98) afirma que o estilo de vida, tomado como uma das teorias que buscam explicar as causas das doenças, se coaduna com as ideologias dominantes na saúde ao sugerir que “a prevenção é uma responsabilidade pessoal, cujo foco de intervenção se dará sobre o controle dos fatores de risco individuais”.

Portanto, a espera por saídas individuais para uma questão com tantos atravessamentos reforça um discurso que desconsidera a realidade social das pessoas e as coloca em um plano no qual são os principais (e talvez únicos)

¹⁶ Portaria Nº 2.681, de 7 de Novembro de 2013, a qual substitui a Portaria de Nº 719/2011 e redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html

responsáveis por uma vida saudável. A partir dessa constatação, surgem algumas questões: o combate sistemático às iniquidades não deveria estar na ordem do dia dos governantes do nosso país? Os condicionantes da saúde não deveriam, eles todos, serem levados em consideração, ao invés de tomar-se apenas “a vontade” das pessoas para a adesão a uma prática regular de atividades/exercícios físicos?

Sobre este aspecto, em particular, a oferta de uma estrutura para a prática regular de exercícios físicos (para além de atividades físicas como referenciadas pela OMS), deveria ser ofertada em ampla escala e as condições para a sua realização deveriam estar no rol de prioridade dos gestores públicos.

2.4 Políticas públicas e o acesso de pessoas pobres à prática regular de exercícios físicos

Conforme já discutimos, segundo a OMS (PNUD, 2017), a prática regular de atividades físicas é um importante fator para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população, independentemente da idade, gênero ou condição socioeconômica.

No entanto, o acesso a essas práticas ainda é restrito para muitas pessoas, especialmente para aquelas que vivem em situação de pobreza e vulnerabilidade social. Além disto, “os comportamentos e estilos de vida que são condicionados pela posição social e contexto local [...] podem favorecer ou não a adoção de comportamentos saudáveis” (RIBEIRO e BARATA, 2016, p. 406).

Uma das estratégias utilizadas pelo poder público¹⁷ para promover a atividade física para a população em geral, foi a criação do *Programa Academia de Saúde* (PAS), programa este que promoveu a construção das Academias de Saúde em diversos municípios brasileiros. Estas academias são espaços públicos que oferecem equipamentos para a prática de atividades físicas gratuitas para a população, e, em seu projeto constituinte, afirma oferecer orientação e acompanhamento aos usuários, por parte de profissionais da saúde e de educação física, realizando ações integradas de promoção da saúde. A princípio, os estabelecimentos do PAS trabalham em uma visão ampliada sobre a assistência à saúde, “sendo uma estratégia de promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis para a população.” (BRASIL, 2022, [s.p.]).

No entanto, embora a implantação das Academias de Saúde seja apontada como uma importante alternativa para melhorar o acesso à atividade física por pessoas em situação de pobreza, na prática, a estrutura ofertada ainda não contempla o que está previsto desde a sua criação, pois poucas unidades contam com a estrutura prometida e com a efetiva disponibilização de profissionais da área para orientarem a realização dos exercícios. Seria também muito útil, como sugerem Surdi et al. (2011), a ampliação das instalações desses espaços públicos com a oferta de banheiros, bebedouros, uma boa iluminação e até uma cobertura.

Porém, mesmo quando toda essa oferta está disponível, questões transversais, como a violência urbana, por exemplo,

¹⁷ Vale situar que vários outros programas do governo federal - que fazem parte de eixos estratégicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) - se somam, na tentativa de assistir a população no sentido de orientá-la para a inclusão de hábitos saudáveis nas suas rotinas. Um destes eixos associados ao da promoção de atividades físicas é o programa de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), que faz parte de uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tenta atender a realização de um direito básico: alimentação apropriada. (BRASIL, [s.d.]

podem provocar nas pessoas pertencentes a um entorno local/regional, menor interesse delas em utilizar os espaços públicos, por exemplo, para realizar práticas corporais/ atividades físicas (sejam institucionalmente organizadas ou de iniciativa espontânea dos próprios sujeitos), na medida em que se sentirem ameaçadas ao frequentá-los. (SURDI et al., p. 502)

Levando em consideração os vários aspectos que a desigualdade social implica no acesso da população pobre à prática regular de exercícios físicos, faz-se importante a presença do Estado, por meio de políticas públicas, para a redução dessas disparidades que privilegiam alguns em detrimento de outros.

De acordo com Campos (2017) é preciso repensar os sistemas de proteção e bem-estar social ultrapassando a lógica de mercado, uma vez que “o setor privado apresentará sempre suas demandas prioritárias vinculadas às relações de mercado que tendem a favorecer o aumento das desigualdades.” (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020, p. 7). Como pensar, por exemplo, na redução de espaços públicos em prol da especulação do mercado imobiliário, resultando numa queda da prática recreativa de futebol, esporte este considerado como a segunda atividade mais realizada no Brasil como forma de lazer? (LIMA et al., 2019, p. 7).

Portanto, não desconsiderando a relevância de ações específicas de incentivo à adoção regular de exercícios físicos, considera-se aqui que tal problemática requer um olhar ampliado, que considerem o desenvolvimento de estratégias intersetoriais, operacionalizadas por meio de ações coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde, dentre outras, para a promoção da saúde de indivíduos e comunidades (SILVA et al., 2014).

Vale ponderar que, socialmente vulneráveis e muitas vezes excluídas do acesso a bens e serviços, as pessoas pobres são cobradas por adquirirem “hábitos saudáveis”, os quais incluem (entre outros), uma alimentação nutritiva e distribuída em cinco refeições diárias; a prática regular de EF; dormir oito horas por dia; tirar férias do trabalho, e até mesmo cultivar o bom humor (BRASIL, 2013b). Para Carvalho (1995, p. 123), a cobrança por responder a estas demandas a despeito das condições socioeconômicas das pessoas, exclui o compromisso do poder público e culpabiliza os indivíduos. Nesse sentido, respeitando o princípio da equidade prevista pelo SUS, consideramos que políticas públicas são fundamentais para garantir a possibilidade de escolha da população de um modo geral em aderir a hábitos de vida “saudáveis”.

Retomando a *Hipótese da Equidade Inversa* e a *Lei dos Cuidados Inversos*, consideramos que, para que haja “um avanço de ações de promoção das práticas corporais e atividade física contextualizada socialmente que sejam capazes de priorizar aqueles que mais necessitam” (CROCHEMORE-SILVA et al., 2018, p.7), é preciso ter como prioritárias as políticas públicas de enfrentamento às desigualdades sociais, e que estejam vinculadas ao SUS, à infraestrutura dos municípios, ao esporte e ao lazer, incorporados aos princípios de equidade, universalidade e integralidade.

De acordo com Feuerwerker e Costa (2000, apud CARVALHO et al., 2009, p. 46), a necessidade das pessoas e setores em enfrentar problemas concretos requerem ações intersetoriais e “dependem de produzirem resultados perceptíveis, mesmo que parciais, como forma de promoverem retroalimentação aos participantes”.

Desta forma, são necessárias outras tantas ações que beneficiem não apenas o acesso à prática regular de exercícios físicos, mas que favoreçam as condições de vida de um modo geral das populações. Ações como o aumento do valor real do salário mínimo, de modo a atender não apenas o mínimo necessário para sua subsistência física (MEIRELLES, 2022, p. 81); e o incentivo e barateamento da

produção de alimentos orgânicos e saudáveis (aliado à taxaço de produtos ultraprocessados e ao controle da propaganda deste tipo de produto), são exemplos de ações que melhoram as condições financeiras e nutricionais das pessoas. Podemos mencionar outras importantes ações, como a melhoria do espaço urbano, qualificando, por exemplo, o transporte público (reduzindo o tempo de deslocamento entre o trabalho e as residências); o enfrentamento da violência urbana; a proliferação de escolas de qualidade em horário integral na educação infantil e no ensino fundamental, capazes de propiciar redes de apoio para as famílias de trabalhadores, e um ambiente “seguro” para as crianças, com alimentação adequada e práticas de exercício físico diversificado, bem como professores de educação física e estrutura propícia; a criação/ampliação de espaços públicos, como praças e parques, nos quais as crianças possam se movimentar e vivenciar o brincar livre; a criação de estruturas para a práticas de diversos esportes (não apenas a malhaço ou futebol), como construção de quadras e outros espaços, com disponibilizaço de educadores físicos, em diversos pontos das cidades, especialmente nas periferias, etc.

Todas são formas de favorecer maior resolutividade para problemas complexos, como o acesso regular à prática de exercícios físicos e uma possível melhoria da qualidade de vida.

Enfim, a lista de ações necessárias para o enfrentamento da obesidade e do sedentarismo e para o incentivo da adoço do exercício físico regular, que considere a concepço ampliada de saúde é longa e requer a ultrapassagem de ações pontuais e setoriais, requisitando também o enfrentamento da desigualdade social em nosso país.

Diante do aqui exposto, podemos nos perguntar em que medida a realidade social das pessoas pobres tem sido efetivamente alterada de forma positiva, diante das prioridades e metas globais a que se refere a OMS na questào da reduço e contenço do avanço da obesidade. Quais as medidas que vêm sendo tomadas de fato, uma vez que, segundo a nova edição do Atlas Mundial da Obesidade 2023, a projeço é de que 41% da população brasileira até 2035 será de obesos, com crescimento anual estimado em 2,8% ao ano para adultos e de 4,4% para crianças? (WOF¹⁸, 2023, [s.p.]).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a desigualdade social é uma realidade que afeta diversos aspectos da vida da população, dentre eles o acesso à prática regular de exercícios físicos. Associadas aos discursos científicos, as orientaçoes para esta prática funcionam como uma espécie de mandamento, ao apontar os riscos aos quais o indivíduo está sujeito pela não adesão a esta prática, pois a elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis está intimamente relacionada ao sedentarismo e à obesidade, sendo as DCNTs a causa de mais da metade do número total de mortes no mundo.

Ao mesmo tempo em que se tenta promover um enfrentamento ao sedentarismo e à obesidade, vivemos em sociedade obesogênica, cujo consumo de produtos ultraprocessados e alimentos de elevado teor calórico é incentivado a todo instante pelas diversas mídias. Além disso, as diversas facilidades oferecidas pelos recursos tecnológicos, demandam cada vez menos movimento no cotidiano das pessoas de um modo geral, contribuindo para um aumento do número de pessoas obesas ou com sobrepeso. Estes elementos, somados ao excesso de carga horária

¹⁸ World Obesity Federation (Federaço Mundial de Obesidade)

de trabalho e à pouca oferta de espaços públicos adequados e seguros para a prática de exercícios físicos, contribuem para que as pessoas pobres, em especial, permaneçam cada vez mais distantes do ideal de saúde amplamente difundido na sociedade.

A despeito dos potenciais benefícios que a prática regular de exercícios físicos possa oferecer aos indivíduos e grupos sociais, é necessário questionar os discursos totalizantes sobre os cuidados com o corpo, tanto no sentido de saúde quanto o estético, uma vez que provocam modos de subjetivação em que o desejo por uma vida saudável passa a ser perseguido de forma constante e incondicional, provocando um sentimento de culpa e um possível sofrimento psíquico por quem não consegue aderir a um estilo de vida saudável.

Embora haja uma constante recomendação por parte de órgãos da saúde para que a população como um todo adira à hábitos de vida saudáveis, como forma de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas e do declínio mental, a realidade concreta e as condições socioeconômicas das pessoas precisam ser levadas em consideração, pois podem limitar o seu acesso a espaços e equipamentos adequados voltados para um estilo de vida sadio.

A pouca oferta de políticas públicas e de ações intersetoriais para a promoção de saúde na sua forma mais ampliada também contribui para os abismos da desigualdade social, já que muitas vezes as populações menos favorecidas são as que possuem menos incentivos e recursos para ter uma vida saudável, o que inclui, dentre outros fatores, uma boa alimentação, moradia digna, trabalho, renda, educação, lazer e a prática regular de exercícios físicos.

Pensar em um “estilo de vida saudável” como vem sendo proclamado e reforçado pelos discursos hegemônicos, é uma forma de atribuir ao indivíduo a plena responsabilidade por sua adesão a este ideal. Por exemplo, como atribuir ao indivíduo que, assim como o zelador Ludovico Jesus Tozzo - que passa entre sete e oito horas por dia se deslocando no trajeto de 40km de ida e volta ao trabalho, dos quais 40 minutos ele permanece em pé no transporte público -, a responsabilidade em ter um estilo de vida saudável? (SOUZA, 2019, [s.p.]). À reportagem, Ludovico conta que

quase nunca vê a luz do dia ao lado da mulher, de seus dois filhos e netos porque passa cerca de 7h de seu dia no trajeto de ida e volta do trabalho. Quando há um acidente, chove ou é época escolar, passa facilmente das 8h - um terço da vida sendo enxergada por meio de uma janelinha de ônibus.

Ou ainda à Sidinéia Aparecida Chagas, de 27 anos (SOUZA, 2019, [s.p.]), gestora de uma biblioteca comunitária, que, após um dia de trabalho e faculdade (e de cinco horas em seis diferentes ônibus), precisa percorrer 1km à pé da última parada de ônibus até a porta de sua casa para rever o marido e o filho, tendo a lua como única fonte de luz em meio a um matagal. Ela fala do desespero que sente neste curto e escuro percurso, especialmente quando ouve algum barulho vindo do mato, pois “Mulheres foram estupradas neste caminho e a minha irmã já foi assaltada. Ontem mesmo ouvi um barulho vindo da mata e saí correndo desesperada até chegar em casa”. Correr 1km do ponto de ônibus até a porta de casa com medo de ser estuprada ou assaltada conta como atividade física?

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**, São Paulo, 2016, 4.ed. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf> Acesso em: 10 abr. 2023.
- AGÊNCIA BRASIL. **IBGE: obesidade mais do que dobra na população com mais de 20 anos**. Agência Brasil, Brasília, DF, 8 out. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/ibge-obesidade-mais-do-que-dobra-na-populacao-com-mais-de-20-anos> Acesso em: 20 abr. 2023.
- ALFREDO, L. **A atividade física e a qualidade de vida da classe trabalhadora**. A VERDADE, 03 mar 2022. Disponível em: <https://averdade.org.br/2022/03/a-atividade-fisica-e-a-qualidade-de-vida-da-classe-trabalhadora/> Acesso em: 12 jul. 2023.
- ARAÚJO, K. L. de; FREITAS, M. do C. S. de; PENA, P. G. L. O olhar do outro sobre a obesidade: uma aprendizagem sobre a rejeição. **Linhas Críticas**, [S. l.], v. 24, p. e18958, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/18958> Acesso em: 26 jul. 2023.
- BORGES, N. S. Direito humano à alimentação: a expressão da fome na pandemia. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social, v.1, n.1, 2023**. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/41268> Acesso em: 05 jul. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 29ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.
- BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de Setembro de 2013. Altera o **caput** do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm Acesso em: 22 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiente obesogênico: você sabe o que é?** 2022a. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queroter-peso-saudavel/noticias/2022/ambiente-obesogenico-voce-sabe-o-que-e> Acesso em: 26 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde: Qualidade de vida em 5 passos.** 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Excesso de peso e obesidade.** 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/excesso-de-peso-e-obesidade> Acesso em: 18 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira.** Brasília, 2021b. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria credencia 131 novos polos do Programa Academia da Saúde no país.** 2022. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/noticia/17898> Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável.** ([s.d.]). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude> Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 2.681, de 7 de Novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 218, p. 37-38, 8 nov. 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html Acesso em: 22 abr. 2023.

CAMARGO, E. M de; AÑEZ, C. R. R. **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos.** 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

CAMPOS, G. W. de S. Entrevista: desigualdade é o conceito-chave para a discussão da saúde no contexto internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v. 7, pp. 2315-2319, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.08752017> Acesso em: 17 out. 2022.

CARVALHO, M. F.; BARBOSA, M. I.; SILVA, E. T.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12720/1/ARTIGO_IntersetorialidadeDialogoPolitica.pdf Acesso em: 13 jul. 2023.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo.** Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2005.

COUTO, L. F.; RECH, L. T. Desmonte ativo no governo Bolsonaro: uma aproximação pela perspectiva orçamentária. *In*: GOMIDE, A de A.; SILVA, M. M. de S. e; LEOPOLDI, M. A. (org.). **Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022)**. 1. ed. Brasília: Ipea, 2023, p. 442-474. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11961/1/220426_LV_Desmontes_Cap_15.pdf Acesso em: 31 ago. 2023.

CROCHEMORE-SILVA, I. et al. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00155119, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8wfS4JsfmXNfwpKQCSN3jxd/abstract/?lang=en#> Acesso em: 17 out 2022

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00006016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7r6YWsjSR5GZ9bJFBr6ckm/> Acesso em: 12 jul. 2023.

GEBARA, T. S. e S.; POLLI, G. M.; ANTUNES, M. C. Representações Sociais da Obesidade e Magreza entre Pessoas com Obesidade. **Psicologia: Teoria E Pesquisa**, 38, e38512, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/yxxRTb4HJ53qSN9KS3WPj8g/abstract/?lang=pt> Acesso em 12 jul. 2023.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em: 07 out. 2022.

GODINHO, I. C. Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as Políticas Sociais. **I Circuito de Debates Acadêmicos IPEA**. 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo31.pdf> Acesso em: 05 jul. 2023

GUERRA, V. Serviço Social vive simultaneamente crises política, social e pandêmica, aponta artigo. 2023. Disponível em: <https://www.ufes.br/conteudo/servico-social-vive-simultaneamente-crisis-politica-social-e-pandemica-aponta-artigo> Acesso em: 07 jul. 2023.

HENRIQUES, P.; O'DWYER, G.; DIAS, P. C.; BARBOSA, R. M. S.; BURLANDY, L. de. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 12, pp. 4143-4152. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9kPXt8rwxZcfXGWxnYJ7wTh/?format=pdf> Acesso em: 26 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: em 2019, proporção de pobres cai para 24,7% e extrema pobreza se

mantém em 6,5% da população. Agência IBGE Notícias. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29431-sintese-de-indicadores-sociais-em-2019-proporcao-de-pobres-cai-para-24-7-e-extrema-pobreza-se-mantem-em-6-5-da-populacao> Acesso em: 05 jul. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: Mesmo com benefícios emergenciais, 1 em cada 4 brasileiros vivia em situação de pobreza em 2020. Agência IBGE Notícias. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32420-mesmo-com-beneficios-emergenciais-1-em-cada-4-brasileiros-vivia-em-situacao-de-pobreza-em-2020> Acesso em: 05 jul. 2023.

LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SOUSA, N. F. da S.; STOPA, S. R.; MEDINA, L. de P. B.; BARROS, M. B. de A. (2019) Leisure-time physical activity and sports in the Brazilian population: A social disparity analysis. **PLoS ONE**, v.14, nr. 12: e0225940. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225940> Acesso em: 17 out. 2023.

MEDEIROS, A. H. de A. Ultraneoliberalismo x Bolsonarismo: inflexões sobre a política de assistência social nos dias atuais. *In*: Seminário internacional de políticas públicas, intersectorialidade e família: atravessamentos do neoliberalismo nas políticas públicas no contexto pandêmico, 5., 2021. **Anais eletrônicos** [...] Porto Alegre: EDIPUCRS, 2021. s.p. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/anais/sipinf/assets/edicoes/2021/artigo/36.pdf> Acesso em: 31 ago. 2023.

MEIRELLES, G. Á. L. de. O serviço social brasileiro frente à desigualdade social e à pauperização. **SER Social**, [S. l.], v. 24, n. 50, p. 71–95, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i50.38502. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/38502. Acesso em: 18 jun. 2023.

MELITO, L. **Bolsonaro promove desmonte de políticas de combate à fome**. Brasil de Fato, 04 fev. 2020. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2020/02/04/bolsonaro-promove-desmonte-das-politicas-de-seguranca-alimentar> Acesso em: 31 ago. 2023.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 2, p. 320–332, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/4mNCY5D6rmRDPWXtrQQMyGN/#> Acesso em: 31 ago. 2023.

NETTO, J. P. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. **REVISTA em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 134-170, 2007. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/190/213> Acesso em: 09 jul. 2023.

OLIVEIRA, D. W. de; OLIVEIRA, E. S. A. de. Sedentarismo infantil, cultura do consumo e sociedade tecnológica: implicações à saúde. **Revista Interação**

Interdisciplinar (ISSN: 2526-9550), [S. l.], v. 4, n. 1, p. 155–169, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/interacao/article/view/870>. Acesso em: 11 jul. 2023.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 97-106, 2000. DOI: 10.11606/issn.2594-5904.rpef.2000.138022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rpef/article/view/138022>. Acesso em: 26 fev. 2023.

PASQUALI, D.; NITERÓI, R.; MASCARENHAS, F. A indústria do fitness e seu desenvolvimento desigual: um estudo sobre as academias de ginástica na cidade de Goiânia. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 14, n. 2, 2011. DOI: 10.5216/rpp.v14i2.12311. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/12311>. Acesso em: 12 mar. 2023.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil. **Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano - Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas**. Organização das Nações Unidas: Brasília, 2017. Disponível em: http://www.each.usp.br/gepaf/wp-content/uploads/2017/10/PNUD_RNDH_completo.pdf Acesso em: 09 fev. 2023.

RIBEIRO, M. C. S. de A.; BARATA, R. B. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cadernos Metrôpole**, v. 18, n. 36, p. 401–420, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/hh3bscTrYLkkT3vtRRcLMJh/?lang=pt> Acesso em: 30 abr. 2023

SARTORI-CINTRA, A. R.; AIKAWA, P.; CINTRA, D. E. C. Obesidade versus osteoartrite: muito além da sobrecarga mecânica. **einstein**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 374-379, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082014rb2912> Acesso em: 12 abr. 2023.

SCHOLZE, A. da S. Os limites da prevenção: 50 anos da Lei de Hart. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3161, 2022. DOI: 10.5712/rbmfc17(44)3161. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3161>. Acesso em: 28 mar. 2023.

SILVA, C. R. L. **Estetização da saúde: uma análise a partir da perspectiva histórico-crítica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, p. 37, 2018.

SILVA, K. L. et al. Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 19, n. 11, pp. 4361-4370. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4361-4370/pt/> Acesso em: 12 jul. 2023.

SILVA, M. R. F. da; SILVEIRA, L. C.; PONTES, R. J. S.; VIEIRA, A. N. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **REME rev. min. enferm.** [online]. 2015, v. 19, n. 1, pp. 249-254. Disponível em: <https://reme.org.br/sumario/93> Acesso em: 31 ago. 2023.

SOUZA, F. **Como é a rotina dos trabalhadores que passam quase um terço do dia dentro de ônibus, metrô ou trem.** BBC News Brasil em São Paulo, 14 jan. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46226332> Acesso em: 28 abr. 2023.

SURDI, A. C.; PADILHA, E.; ZAGO, E.; LOUZADA, L. G. A prática de atividades físicas em Academia ao Ar Livre: a percepção dos seus praticantes. **EFDeportes.com, Revista Digital.** Año 16 · N° 162 | Buenos Aires, Noviembre de 2011. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd162/atividades-fisicas-em-academia-ao-ar-livre.htm> Acesso em: 17 out. 2022.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. V. “Nem tudo que reluz é ouro”: considerações sobre a (Nova) Promoção da Saúde e sua relação com o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil. **Sociedade em Debate, [S. l.]**, v. 23, n. 1, p. 142-179, 2017. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1416>. Acesso em: 22 jun. 2023.

VIANNA, M. V. O peso que não aparece na balança: sofrimento psíquico em uma sociedade obesogênica e lipofóbica. **Polêm!ca**, v.18, n.1, p. 94-110, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/36073/25690>. Acesso em: 29 mar. 2023.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.1, p.191-203, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/F6g5C7Hns7Q3kD3Tqp9LyRt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 jul. 2023.

WOF lança Atlas Mundial da Obesidade 2023: em 2035, 2 a cada 5 brasileiros conviverão com obesidade. **ForumDCNTs**, 13 de mar. de 2023. Disponível em: <https://www.forumdcnts.org/post/atlas-wof-obesidade> Acesso em 18 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases progress monitor.** 2022. Geneva, Switzerland: WHO. Disponível em: [9789240047761-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/9789240047761-eng) Acesso em: 25 ago. 2023.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pelo amparo constante e por Sua força que me faz acreditar em dias melhores.

Minha eterna gratidão aos meus pais, Carmita e Amauri (*in memoriam*) por terem acreditado em mim, e por todo o amor que me devotaram.

Agradeço ao meu marido Gustavo e à minha filha Júlia, pela parceria e pelos laços de amor que nos unem e nos fortalecem. Amo vocês.

À minha família pelos momentos em que estivemos juntos (mesmo quando estamos distantes), nos constituindo como sujeitos e como família, meu muito

obrigada. Agradeço em especial à Ana Carla, minha irmã e amiga confidente, e à minha prima Renata por todas as dicas que contribuíram para a escrita deste trabalho.

Às minhas colegas de curso, Poliana Gragen, Joana Dourado, Roberta Cavalcante, Chirlene Granjero, Maria das Neves Rufino e Maria da Conceição, pelos momentos que apenas o ambiente universitário é capaz de proporcionar.

À UEPB, que tornou possível o meu regresso à esta instituição para a conclusão de curso, meu muito obrigada.

À Professora do Curso de Serviço Social, Maria do Socorro Pontes de Souza, a quem credito o mérito deste retorno à UEPB, pela insistência e por acreditar em mim. Muito obrigada, Socorro. Sem você este trabalho seria apenas um sonho distante.

À Professora Claudia Santos Martiniano Sousa, por ter aceitado o convite para participar da banca.

Por fim, o meu agradecimento mais que especial à Kathleen Elane Leal Vasconcelos, minha orientadora, por seu olhar criterioso para a elaboração deste trabalho, pelas reuniões, indicações de leitura, arguições e discussões, que abriram meu olhar como futura profissional para além de uma produção textual. Obrigada, Kathleen. Muito obrigada.