

Santos Ferreira, Marcos; Castiel, Luis David; Cabral de Almeida Cardoso, Maria Helena

A Patologização do Sedentarismo

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 836-847

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263671004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

A Patologização do Sedentarismo

The Pathologization of Sedentariness

Marcos Santos Ferreira

Doutor. Professor do Instituto de Educação Física e Desportos/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências do Exercício e do Esporte./Universidade Gama Filho.

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 8121F, CEP 20550-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: msantosferreira@uol.com.br

Luis David Castiel

Doutor. Pesquisador do Departamento de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 827, CEP 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: luis.castiel@ensp.fiocruz.br

Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso

Doutora. Historiadora do Departamento de Genética Médica e Professora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, CEP 22250-020, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: cardosomhca@iff.fiocruz.br

Resumo

A identificação do sedentarismo como fator de risco para doenças crônico-degenerativas influenciou significativamente nas recomendações de saúde pública em defesa de estilos de vida fisicamente ativos. O artigo estuda o processo de patologização do sedentarismo e seus desdobramentos para o campo da saúde pública. Num primeiro momento, discutimos de que maneira o modelo biomédico serve de base para a transposição de aspectos da conduta humana como “fator de risco” e, a seguir, como patologia, tal qual no caso específico da “Síndrome da Morte Sedentária”, assim classificada por alguns autores. Em seguida, analisamos como essa visão vem sendo difundida no campo da saúde, tomando por base um programa institucional que, ao mesmo tempo em que transforma o sedentarismo em doença, apresenta a atividade física como um remédio cujos resultados podem se estender a todas as esferas da vida. Nessa linha de raciocínio, em que os mal-estares de nossa civilização são medicalizados e tornados mercadoria ao serem transformados em riscos e patologias, a atividade física torna-se vacina para o corpo social.

Palavras-chave: Estilo de vida sedentário; Risco; Atividade motora; Exercício; Política de saúde.

Abstract

The identification of physical inactivity as a risk factor for chronic degenerative diseases has significantly influenced public health recommendations in support of physically active lifestyles. This study analyzes the pathologization of sedentariness and its implications in the public health field. First we discuss how the biomedical model serves as a basis to transform aspects of human behavior into 'risk factors' and subsequently into pathologies such as the 'Sedentary Death Syndrome', as some authors classify it. Second, we analyze how this view is being spread in the health field; our analysis is based on an institutional program which transforms sedentariness into illness while presents physical activity as a medicine whose results can reach all aspects of life. According to this rationale, in which the discomforts of our civilization are medicalized and made into commodities as they are transformed into risks and pathologies, physical activity becomes a vaccine to be applied to the social body.

Keywords: Sedentary Lifestyle; Risk; Motor Activity; Exercise; Health Policy.

Introdução

Desde a identificação do sedentarismo como fator de risco para doenças crônico-degenerativas, a promoção da atividade física vem integrando ações e políticas desenvolvidas pelo poder público no campo da saúde. A associação inversa do gasto calórico e do tempo total de atividade física com a mortalidade e a incidência de doenças cardíacas, quantificada pela epidemiologia, é um dos enfoques estratégicos que dão sustentação às recomendações de saúde pública em defesa de estilos de vida fisicamente ativos.

Essas recomendações, porém, tendem a exacerbar o papel da atividade física, apresentando-a como panaceia para muitos problemas no campo da saúde. Sob essa ótica, a atividade física costuma ser tomada como remédio e o sedentarismo como doença, num evidente processo de medicalização. Considerado doença, o sedentarismo passa a ser atribuição da medicina e visto como fenômeno essencialmente biológico, a despeito de seus condicionantes socioculturais. Analisar o processo de patologização do sedentarismo e seus desdobramentos para o campo da saúde é o objetivo deste artigo.

A Emergência do Modelo Biomédico

Em termos bastante simplificados, o modelo biomédico é expressão da visão mecanicista de vida que norteia as ciências biológicas a partir do século XVII, período marcado pela influência das ideias renascentistas e, sobretudo, pelo dualismo cartesiano. É nesse contexto que objetividade e racionalidade povoam o corpo humano e marcam a ruptura entre a medicina que se ocupava do doente e a medicina que, então, passava a focar e a tratar a doença. Um século antes, com a emergência da moderna Anatomia, o corpo humano ganhava a objetividade das formas verdadeiras dos órgãos com o desenho e a descrição minuciosa, só possíveis com a dissecação dos cadáveres (Foucault, 2004). O ser humano começava a ser fragmentado pela ciência médica e cada um dos componentes dessa unidade vai paulatinamente ganhando autonomia (Okay, 1984).

Concomitantemente à separação entre corpo e mente, a concepção mecanicista da vida predomina. Segundo ela, o pleno funcionamento das partes

(órgãos, tecidos, células) depende do bom funcionamento entre elas e de seus respectivos mecanismos biológicos. Ou seja, pensar o corpo humano na perspectiva do modelo biomédico significa entendê-lo como uma máquina, cujo funcionamento depende essencialmente dos processos biológicos, explicados, sobretudo, por fenômenos físico-químicos. Nessa perspectiva, não há espaço para aspectos relativos à subjetividade e à dimensão social. Doenças são interpretadas como resultado de processos degenerativos do organismo humano, da invasão de agentes biológicos, físicos ou químicos, ou de falha em algum mecanismo regulatório. Em suma, doenças são avarias na máquina humana.

Nesse sentido, a emergência da diabetes é exemplar. Em 1889, Minkovsky e Mering descobrem o papel do pâncreas na gênese do diabetes. Em 1909, nota-se que a substância produzida pelo pâncreas, denominada insulina, é capaz de reduzir a glicemia. Em 1921, Banting e Best conseguem isolar e extrair a insulina do pâncreas de animais e, em 1922, passam a usá-la no tratamento do diabetes (Delfino, Mocelin, 1997). O raciocínio é o seguinte: a deficiência de uma peça da “máquina” (pâncreas) provoca a doença (diabetes) que, no entanto, pode ser “curada” pelo emprego de uma substância específica (insulina). Essa lógica mecanicista aplicada aos aspectos biológicos, ainda que em muitos casos seja eficaz para a redução de efeitos patológicos, não leva em conta a complexidade etiológica das doenças. Não fosse assim, como explicar, por exemplo, a crescente incidência de diabetes no mundo, sobretudo em crianças (WHO, 2004), sem levar em conta outros fatores que podem influenciar o desenvolvimento da doença, como as excessivas industrialização e carga calórica dos alimentos, e o contexto socioeconômico que induz certos hábitos alimentares e gera ansiedades das mais diversas ordens?

Segundo a ótica biomédica, portanto, o corpo humano torna-se a *sede* das *doenças* que, por sua vez, tornam-se *entidades nosográficas*. A medicina, assim, transforma-se gradativamente em um discurso disciplinar sobre a doença e, como tal, passa a ser a principal referência para o campo da saúde. Mas, a maior questão não é a doença adquirir este estatuto, mas, sim a sua produção no interior de uma história “natural” que se escreve pelos sintomas

transformados em sinais, no interior dos corpos, a partir de uma visão de “anomalia” ou “anormalidade” no funcionamento.

O maior exemplo dessa separação entre doença e doente se expressa na criação de um Código Internacional de Doenças (CID), formulado a partir de uma racionalidade anatomo-clínica fundada na enumeração e na quantificação de sinais e sintomas. A classificação final de uma doença dá-se com base em curvas de normalidade traçadas para determinada população. Os valores próximos aos da média populacional são considerados “normais”, enquanto que os localizados nos extremos da curva são caracterizados como “desviantes”, “fora do padrão de normalidade” ou, até mesmo, “patológicos”.

A primeira classificação de doenças, elaborada em bases estatísticas, foi proposta em 1855, por William Farr, no Segundo Congresso Internacional de Estatística. Todavia, uma classificação internacional de doenças só foi aceita universalmente em 1900, na forma de uma “Lista Internacional de Causas de Morte”. De lá para cá, revisões decenais têm sido feitas com o propósito de contemplar os progressos médicos e estatísticos (Moriyama, 1966).

O Processo de Medicinalização

Na prática, o modelo biomédico alia biologia e medicina como ferramentas essenciais para a solução de problemas no campo da saúde, além de disseminar o fenômeno da *medicinalização*. Apesar de não constar em consagrados dicionários da língua portuguesa (Houaiss, Aurélio e Michaelis), o vocábulo *medicinalização* é recorrentemente empregado na literatura científica para se referir, grosso modo, à intervenção da medicina no tratamento de questões sociais.

A medicina tende a tratar as doenças como fenômenos essencialmente biológicos, o que não quer dizer que ela não reconheça as determinações sociais da doença. No entanto, quando não as deixa de lado, confere-lhes papel secundário, interpretando-as como consequências da doença, evento biológico. A afirmação de que determinado distúrbio orgânico é de “origem nervosa” (ou de “fundo nervoso”, como é comum se ouvir) pode ser lida como um eufemismo do papel dos determinantes sociais no desenvolvimento do distúrbio em questão. Ou, ainda, como a

individualização de um problema social, já que o “fundo nervoso” está muito mais para a pessoa do que para a coletividade. Também é comum identificar o processo inverso. Ou seja, a priorização do distúrbio orgânico, *per se*, como o gerador de tensões nervosas e, por conseguinte, sociais.

Conrad (2007) descreve a medicalização como “*o processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou desordens*” (p.209). De modo simples, pode-se dizer que o processo de medicalização centra-se na biologização do social, o que não implica, porém, a aceitação da biologia e da sociologia como ciências mutuamente excludentes. Trata-se de algo complexo, já que a compreensão de fenômenos, cuja multiplicidade de determinações e interfaces é tão vasta, impede, de antemão, qualquer tipo de simplificação ou de priorização de determinada ciência para sua explicação. Em outras palavras, a medicalização expressa a intenção, consciente ou não, de oferecer explicações fundadas na biologia para responder inequivocamente a questões eminentemente sociais.

Assim, várias afecções são vistas como efeitos de medicalização: distúrbios de ansiedade (como fobias sociais e manifestações obsessivo-compulsivas, entre outras), distúrbios comportamentais (como o distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adultos), questões de imagem corporal (casos que demandam intervenções cosméticas), disfunção erétil (uso de drogas que produzem ereção peniana), infertilidade (masculina e feminina), calvície masculina (uso de drogas para evitar queda de cabelos), gravidez e partos normais, tristeza normal (tratada como depressão), obesidade (emprego de cirurgia bariátrica e moderadores do apetite), distúrbios do sono (insônias), distúrbios adictivos (dependências de drogas) (Conrad e col., 2010).

Assim como a sociologia não pode explicar adequadamente os processos biológicos envolvidos num parto, a representação conferida a esse fenômeno por indivíduos e coletividades não pode ser explicada exclusivamente pela biologia. Só para citar três exemplos, embora de diferentes naturezas, o parto, a AIDS e o sedentarismo são fenômenos sociais, culturais e biológicos, simultaneamente. Fatores condicionantes coexistem e exercem múltiplas

influências, cujo resultado final é impossível de ser previsto.

Para Conrad (2007), “medicalização” descreve um processo social que, em si, não implica que uma mudança seja boa ou má, e cita a “globalização” (?) como algo equivalente em termos de neutralidade conceitual, sem considerar seus efeitos funestos, objeto de análises sociais e econômicas de importantes pensadores, como Bauman (1999), para citar somente um.

Por sua vez, uma importante contribuição acerca desse tema, a partir do âmbito da saúde mental, foi trazida por Thomas Szasz (2007), cujo enquadramento conceitual é mais crítico ainda que o de Conrad (2007). Para eles, a distinção entre prática médica e não médica é de importância crucial, pois além de influir na atenção médica, no direito e nas políticas públicas, justamente por isso, interfere na vida das pessoas. Em termos breves, a “medicalização” seria uma prática ilegítima de introduzir vocabulários, conceitos e práticas médicas no terreno da vida pessoal ou social, considerando que esse processo não é apropriado. Para Szasz (2007), a medicalização constitui-se numa estratégia de atribuição de sentidos que modela práticas sociais, profissionais e formas de consciência e conduta.

A pressão exercida por essa perspectiva localiza-se no fato de que uma vez que alguém é considerado doente ou seu comportamento visto como resultado de patologia, tal comportamento é encarado como estando fora do controle racional das pessoas. Tais indivíduos tornam-se agentes morais e sociais deficitários. Assim, eles podem ser vistos como irresponsáveis em relação a seus atos, passíveis de abordagens coercitivas por aqueles que se colocam no lugar de autoridades e *experts*. Passam, assim, a ser objetos de práticas e estratégias institucionais e especializadas concebidas para conduzir, “aconselhar” e, se for o caso, corrigir as pessoas.

Cabe destacar que o conceito de *medicalização* foi originalmente desenvolvido por Zola (1978; 1972) para expressar a assunção da medicina como instrumento de controle social, “*como novo repositorio da verdade, [como esfera] na qual julgamentos absolutos e frequentemente decisivos são feitos por experts que se supõem moralmente neutros*” (1972, p.487). De acordo com esse autor, o processo de me-

dicalização dá-se por quatro vias principais:

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

Essas vias, na prática, não se excluem mutuamente; ao contrário, interpenetram-se. Com a superação do modelo da etiologia específica – segundo o qual cada doença teria uma causa única e perfeitamente determinada – por um modelo multi-causal, outros elementos, além dos sinais e sintomas físicos, passaram a ser relevantes para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, como o conhecimento dos medos, hábitos e idiossincrasias do cotidiano do paciente.

A prevenção, antes alocada num único fator causal, espraiia-se pela vida. Legitima-se, assim, o poder da medicina de intervir nas diversas esferas da vida humana para prescrever *o quê* e *como* fazer para se prevenir de moléstias e outros eventos considerados por seus representantes como prejudiciais à saúde. A ideia implícita é a de antecipação do evento mórbido, algo que está conforme à ideologia da prevenção generalizada vigente nos dias de hoje, mas que tende ao fracasso. As tecnologias preventivas eficazes são numericamente limitadas e eventualmente falíveis. Mas o ímpeto desatinado de exterminar as ameaças que nos cercam, que é sustentado por esta ideologia, acaba por veicular também uma forma incontrolável de ansiedade própria desta nossa época (Castel, 2005).

Em geral, essa sub-reptícia invasão da medicina é inadvertidamente aceita pelas pessoas, a ponto de passarem a regular boa parte de suas vidas de acordo com as prescrições médicas. Comportamentos “de risco” são elencados e desaconselhados (quando não proibidos) no tocante à alimentação, atividade física, sexo, entre outras práticas. Embora o fenômeno da medicalização seja visto como a ingerência da medicina noutros campos do saber e, sobretudo, em questões essencialmente sociais, não é raro também ser articulado à elevada dependência dos indivíduos e da sociedade da oferta de serviços e bens de ordem

médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo (Barros, 2002).

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

Ou seja, grande parte do processo medicalizador atende aos interesses da indústria farmacêutica que atua como um ator central nesse contexto. Há autores que chegam a designar esse processo como “comércio/mercadejo da doença” [do inglês *disease mongering*] (Moynihan e Cassels, 2005). Por sua vez, a racionalidade do risco torna-se bastante adaptada para uma importante faceta medicalizadora contemporânea. São as proposições do autocuidado que veiculam o uso de recomendações epidemiologicamente justificadas e medicamente chanceladas para que pessoas leigas, de alguma forma, tornem-se pacientes e assumam comportamentos saudáveis e diretrizes médicas em nome da prevenção de agravos à saúde. Assim, pois, estariam à mercê de vários riscos de doenças, mesmo sem sintomas evidentes. Temos aqui o indivíduo em um estatuto ambíguo: simultaneamente não saudável e não doente.

A Medicalização de Doenças “Comportamentais”

Muitas doenças, sobretudo as infectocontagiosas, são conhecidas da humanidade desde a emergência da teoria da etiologia específica. Expressão da transição epidemiológica do século XX, outras, nunca antes imaginadas como tal, agora o são. Por exemplo, a “compulsão por comida” e o “assalto noturno à geladeira” [do inglês “Binge Eating Disorder” e “Night Eating Syndrome”, respectivamente] são, hoje, comportamentos considerados doenças (Stunkard e Allison, 2003; Birketvedt e col., 2002; Birketvedt e col., 1999), a ponto de o primeiro já constar no “Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios

Mentais” da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (Stunkard e Allison, 2003) e o segundo ter sua inclusão defendida por alguns autores (Gluck e col., 2001). Considerados doenças pela ciência, certos comportamentos são apresentados ao público dentro da mais notável lógica biomédica. Por exemplo, recentes pesquisas realizadas por fisiologistas noruegueses sugerem que o “assalto noturno à geladeira” não é produto de um apetite insaciável, mas sim de uma “*falta do corpo humano em responder adequadamente ao estresse* [grifo nosso]” (American Physiological Society, 2002).

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

De fato, essa tem sido a ênfase, a despeito do reconhecido papel desempenhado por esses fatores no surgimento e desenvolvimento de muitas doenças. Por exemplo, o declínio na mortalidade de doenças como tuberculose e coqueluche, antes mesmo da descoberta de seus agentes etiológicos, é atribuída à melhoria nas condições ambientais, de alimentação e de proteção à saúde (McKeown, 1979). Ainda que as proposições de McKeown tomem como foco a medicina e a necessidade de haver um maior equilíbrio entre a prevenção, a cura e o tratamento de doenças, suas análises apontam, inequivocamente, para a importância dos condicionantes socioeconômicos no *status* de saúde de um povo. Dito de outra forma, avanços significativos no campo da saúde só são possíveis com a redução da pobreza e

a distribuição mais igualitária da riqueza produzida por um país.

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

Se já são reduzidas as expectativas de mudança comportamental com base em conhecimentos de risco epidemiológico, essa via cognitivista também é limitada em subsidiar o exame crítico das dimensões da subjetividade e dos condicionantes sociais, econômicos, culturais do adoecimento humano. Hoje, por exemplo, pouco se discute sobre os fatores que levaram à ressurgência da dengue no Brasil. Erradicada do território brasileiro desde o início dos anos 1920, a dengue reaparece em 1981, em Boavista, Roraima e na região amazônica e, quatro anos depois, na região sudeste (Figueiredo, 2003). Centradas na provisão de informações e em mudanças comportamentais, as estratégias brasileiras de controle e erradicação da dengue evidenciam mais o papel do indivíduo no controle da epidemia e menos o do poder público.

O mesmo se aplica às estratégias de prevenção do câncer, que visam muito mais instruir as pessoas sobre as escolhas que podem fazer para reduzir o risco de desenvolvimento da doença do que levá-las a refletir sobre os macrocondicionantes que levam ao câncer. Como discutido anteriormente, qual será a participação no desenvolvimento do câncer

de um contexto socioeconômico adverso, que gera ansiedades, tensões e certos hábitos alimentares? E do crescente processo de industrialização dos alimentos, marcado, por um lado, pelo expressivo aporte calórico e, por outro, pelo uso indiscriminado de aditivos químicos, tanto para preservá-los como para reduzir-lhes as calorias? (Bontempo, 1985).

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

Há, portanto, que se reverem estratégias preventivas que, fundadas no modelo biomédico, consideram saúde como ausência de doenças e, assim, veem descompassos do organismo como “avarias” da máquina humana, como escapes da normalidade. Quando as “avarias” estão estatisticamente associadas a certos comportamentos, então esses tendem a ser instituídos como doenças, do que decorre um afã na busca de associações com outras variáveis, o que acaba gerando um círculo vicioso. A síndrome do “assalto noturno à geladeira”, por exemplo, é associada à depressão, à baixa autoestima e à elevada ingestão de alimentos no final do dia (Gluck e col., 2001). Sob a perspectiva biomédica, não é de se estranhar que medicamentos contra depressão sejam receitados como forma de corrigir as falhas da “máquina” humana em lidar com o estresse, fenômeno ambíguo e subjetivo. Essa é a prática mais comum, ainda que seja difícil estabelecer a relação de causalidade entre as variáveis e apreendê-las por meio do dispositivo científico (Castiel, 2005). A mesma lógica vale para outros comportamentos também objetos de ações em saúde.

A Patologização do Sedentarismo

O sedentarismo, por exemplo, agora é considerado doença (Booth e Krupa, 2001; Lees e Booth, 2005;

2004; Katzmarzyk, 2004; McNeil, 2003). “Síndrome da Morte Sedentária” [do inglês *Sedentary Death Syndrome*] foi o termo proposto (Booth e Krupa, 2001) para designar a “entidade” emergente das desordens ocasionadas pelo estilo de vida sedentário que, em última análise, está associada a doenças crônicas e resulta em uma mortalidade aumentada (Booth e Chakravarthy, 2002). Tal postulado apoia-se na ideia de doença como a condição do corpo humano, de seus sistemas, partes ou órgãos, na qual suas funções vitais estão interrompidas ou comprometidas, seja por fatores endógenos, seja exógenos. Desse modo, as disfunções causadas pelo sedentarismo são apontadas como justificativa para percebê-lo como doença.

Assim, se sedentarismo é doença, atividade física, por conseguinte, é remédio. De fato, a referência à atividade física como remédio pode ser identificada em diferentes veículos de comunicação, tanto científicos quanto destinados ao público em geral (Cooper, 1992; Oberg, 2007; Atividade Física... 2007). Ora, conceber a atividade física como remédio é acatar, de uma vez por todas, a malignidade do sedentarismo - ou alguém toma remédios para se livrar de algo considerado bom? É simplificar a prática da atividade física à limitada relação associativa com estados considerados patológicos, que se escora na noção de saúde como ausência de doenças. Por fim, mas não menos preocupante, considerar a prática da atividade física como remédio é destituir-lhe seu caráter hedonístico, inserindo-a numa lógica pragmatista. Remédios são amargos e utilizados para aplacar doenças. O prazer, portanto, não pode ser-lhes inerente, mas, no máximo, um aposto. Assim como é comum reduzir-se o amargor de um remédio diluindo-o em substâncias doces ou antevendo a cura da doença, não raro busca-se a motivação para a prática da atividade física em outro lugar que não nela própria. Quantas pessoas quando indagadas sobre o que as faz praticar atividades físicas responderiam “porque eu gosto”? Assim, a patologização do sedentarismo (e, por conseguinte, a prescrição da atividade física como remédio) e sua associação a inúmeras outras variáveis biológicas servem pouco à promoção da atividade física como prática hedonística e muito à expansão dos domínios da medicina em direção ao cotidiano. É uma forma de

incluir determinadas práticas sob sua responsabilidade “técnica”, uma vez que, legalmente, apenas à medicina cabe a prescrição de drogas.

Sedentarismo tem Remédio: Agitol

No Brasil, já há um “remédio” contra o sedentarismo. Trata-se do Agitol, “uma pílula imaginária, virtual, que diminui pressão alta, diabetes, osteoporose, depressão...”, usada pelo programa Agita São Paulo¹ para estimular a prática de atividades físicas na população. Porém, para os “efeitos mágicos da pílula” fazerem efeito, Agitol, que tem a atividade física como substância ativa, deve ser administrado diariamente em uma dose de trinta minutos, em duas de quinze ou em três de dez minutos (Matsudo, 2007).

Como todo medicamento de uso contínuo, Agitol tem seus genéricos: Activex e Activol, produzidos em Portugal e Colômbia, respectivamente (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). No entanto, embora citados pelo programa Agita São Paulo como “genéricos”, esses medicamentos são, na verdade, similares ao Agitol. Isso porque o medicamento genérico deve necessariamente ser designado pela denominação do princípio farmacologicamente ativo, aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária ou, na sua ausência, pela denominação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Já, o medicamento similar deve sempre ser identificado por nome comercial ou marca (Brasil, 1999). Ora, os genéricos do Agitol teriam, então, que ser designados por seu princípio ativo – atividade física. Dessa forma, o medicamento não teria marca ou nome comercial que, via de regra, remete ao nome dos programas e empresas parceiras do Agita. O Mexil, por exemplo, um dos primeiros similares do Agitol, é produzido por “Mexe Campina”, programa de incentivo à atividade física realizado, desde 1999, na cidade de Campina Grande (PB). O Agitaer foi criado pelo programa “FAB Saudável”, desenvolvido pela Universidade da Força Aérea Brasileira. Já o Movitol é desenvolvido

pelo programa “Mexa-se pela sua Saúde”, conduzido pelo Instituto do Desporto da Região Autônoma da Madeira, em Portugal. Ou seja, na prática, esses medicamentos cumprem duas funções: promover a atividade física e o programa (ou organização) responsável por sua produção. Aliás, o lançamento de “versões corporativas” do Agitol é uma das ações desenvolvidas pelo Agita São Paulo no setor privado (Matsudo e Matsudo, 2005).

O Agitol foi concebido com base na cultura médica de prescrever remédios para cada problema de saúde (Matsudo e Matsudo, 2005; Matsudo e col., 2002): “pressão alta, diabetes, osteoporose, depressão...” (Matsudo, 2007). O objetivo do Agita São Paulo é “encorajar os médicos a pensar sobre a atividade física como um componente da saúde tão importante quanto os medicamentos” (Matsudo e col., 2004, p.86). Embora a justificativa para a criação do Agitol tenha sido a intenção de atender tanto aos que têm a cultura de receber quanto aos que só querem tomar remédios, o fato é que esse “medicamento” assumiu posição privilegiada entre as estratégias do Agita São Paulo de promover a atividade física na população em geral. Sempre que possível, o Agitol é citado nas inserções midiáticas do Agita São Paulo ou de seus representantes. Cabe mencionar que o Agitol foi destaque tanto na terceira reportagem da série “Atitude Saúde” veiculada pelo Jornal Nacional entre os dias 29 de dezembro e 2 de janeiro de 2004 (Fraga, 2006), quanto na entrevista concedida por Matsudo ao canal SporTV, exibida em 22 de março de 2007 (Matsudo, 2007). A considerar a audiência desses programas, a mensagem da atividade física como remédio e do sedentarismo como doença foi disseminada para um grande público. Aliás, essa é uma das estratégias de sobrevivência do Agita São Paulo: veicular e consolidar a mensagem do agito para o maior número possível de pessoas. Com ela, entretanto, difunde-se a ideia da atividade física como medicamento (Fraga, 2006).

Pelo visto, a supervalorização do medicamento como solução para os problemas de saúde e, por conseguinte, o fato de a propaganda de medicamentos

¹ O Agita São Paulo é um programa de promoção da atividade física reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como iniciativa, de sucesso, integrante da “Iniciativa Global por uma Vida Ativa” (WHO. WHO global strategy on diet, physical activity and health: the Americas regional consultation meeting report. Geneva: WHO, 2003).

ser apontada como um dos principais problemas relacionados ao mercado farmacêutico (Nascimento, 2005) não parecem ser empecilhos para o Agita São Paulo reverenciar o Agitol. Mais que aceitar, o Agita São Paulo aprofunda e difunde a cultura do medicamento ao tratar a atividade física como remédio milagroso, cujos resultados se estendem a todas as esferas da vida. Uma medicalização da vida de fazer inveja à indústria farmacêutica que, para tratar a falta de vigor no dia a dia, por exemplo, já produz medicamentos como Vitasay Stress, Zillion, Vitforte, Targifor C, Energil C, Centrum, entre outros (Nascimento, 2005).

Na mesma linha dos criadores (Booth e Krupa, 2001) da “Síndrome da Morte Sedentária”, o Agita demoniza o sedentarismo com toda uma carga de malignidade e terror. Basta recorrer a algumas de suas publicações e materiais autointitulados educativos para justificar nosso ponto de vista: “*Seja inativo: a funerária agradece!*”, “*Fique vivo: caminhe*” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 1998); “*Sedentarismo: vaccine-se contra esse mal*” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [199-?] a); “*Não deixe sua vida no vermelho. Acumule atividade física. 30 minutos por dia fazem a diferença*” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, [199-?] b); “*sedentarismo mata*” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002).

Como se já não bastasse tratar a atividade física como remédio, o Agita São Paulo vai além: imputa-lhe o poder de imunização contra uma plethora de doenças e condições. O Agitol, portanto, mais que remédio, é vacina. “*Agitol. Vaccine-se contra o sedentarismo. Validade: toda a vida*” e “*Sedentarismo. Vaccine-se contra esse mal. Tome Agitol [grifos nossos]*” são mensagens encontradas em algumas embalagens do “medicamento” e em *folders* do Agita São Paulo. Para o programa, com 30 minutos de agito diário, além de se obter benefícios fisiológicos, consegue-se reduzir a delinquência, a depressão, a dificuldade de ereção, o absenteísmo e a rotatividade da mão de obra, entre tantas outras “vantagens” (Governo do Estado de São Paulo/CELAFISCS, 2002). Pelo visto, para o Agita São Paulo, a atividade física é vacina também para o corpo social.

Considerações Finais

Há autores que consideram aspectos bons e maus na medicalização. Segundo Conrad (2007), ela é benéfica ao ampliar o papel de doente a um amplo espectro de sofrimentos e, assim, diminuir a culpa individual pelos problemas (como no caso de hiperatividade, alcoolismo e disfunção erétil). Nesta mesma perspectiva, Conrad (2007) elogia o uso de psicofármacos para o tratamento de depressões e outros distúrbios psíquicos e também de outros medicamentos para a obesidade, anorexia, menopausa, distúrbio de hiperatividade, déficit de atenção e disfunção erétil.

Por outro lado, ele admite o lado escuro da medicalização na “patologização de todas as coisas”, na primazia das definições médicas da normalidade, na ampliação do controle social pela medicina, no foco no indivíduo em vez do contexto social e nos jogos de influência entre produtores de produtos biotecnológicos, fármacos e equipamentos, os seguros privados de saúde, as instituições de saúde, médicos e consumidores (Conrad, 2007).

A rigor, a ideia de uma “pílula” contra o sedentarismo (ou contra qualquer outro comportamento considerado “não saudável”) retira da atividade física seu caráter hedonístico e a coloca dentro de uma lógica pragmatista e biomédica. Sob essa perspectiva, não estão em questão os aspectos sociais, históricos e culturais que influenciam a adoção ou não de hábitos e comportamentos. Em outras palavras, esses aspectos estão “apagados” pela capacidade da “pílula” de reproduzir no organismo humano os efeitos fisiológicos da atividade física. Na prática, portanto, o sedentarismo é tratado como fenômeno meramente biológico, apartado da vida que cada um leva nos contextos desgastantes das sociedades modernas. Assim, diante do fato de que a produção de conhecimento médico epidemiológico postula que o sedentarismo poderia atuar como fator de risco para diversas doenças, é preciso debater tal ideia de sedentarismo e as repercussões de sua correspondente medicalização (Palma, 2009).

Ora, tal noção de sedentarismo, na perspectiva medicalizada, enfoca o risco como efeito das escolhas que estão contidas no conceito individualista de

“estilo de vida”, que se manifesta em termos ambivalentes nas sociedades do capitalismo globalizado de consumo. Assim, simultaneamente a vetores que geram estímulos consumidores excessivos, recomenda-se a temperança prudente diante dos excessos, ressaltando-se a importância do autocontrole na gestão dos riscos à saúde, que eventualmente pode implicar outras modalidades de consumo.

Assim, sob a égide da saúde, há pressões moralizantes que transitam pela responsabilização e culpabilização, que procuram conduzir as pessoas ao zelo corporal em nome da saúde, mediante a prática de atividades físicas, no caso específico do sedentarismo. Isso ocorre como um dos vários aspectos entre muitos em um contexto no qual o mal-estar da nossa civilização tende a ser medicalizado e tornado mercadoria ao ser transformado em riscos e patologias, prevenções e tratamentos.

Colaboradores

M.S. Ferreira, L.D. Castiel e M.H.C.A. Cardoso participaram igualmente da concepção à redação do artigo.

Referências

AMERICAN PHYSIOLOGICAL SOCIETY. “Night eating syndrome” may be related to the performance of the body - not the mind. *Science Daily*, Rockville, 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedaily.com/releases/2002/02/020213074459.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

ATIVIDADE Física é o Melhor Remédio. *Jornal do Eletricitário Aposentado*. São Paulo, Ano 14, n.160, 2007. Disponível em: <<http://www.electricitarios.org.br/UserFiles/File/Jornal%20Fevereiro%202007.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BAUMAN, Z. *Globalização*. As consequências humanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BIRKETVEDT, G. S. et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *Journal of the America Medical Association*, Washington, DC, v. 282, n. 7, p. 657-63, 1999.

BIRKETVEDT, G. S.; SUNDSFJORD, J.; FLORHOLMEN, J. R. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism*, Bethesda, v.282, n.2, p.E366-E369, 2002.

BONTEMPO, M. *Relatório Órion*: denúncia médica sobre os perigos dos alimentos industrializados e agrotóxicos. Porto Alegre: L&PM, 1985.

BOOTH, F. W.; CHAKRAVARTHY, M. V. Cost and consequences of sedentary living: new battleground for an old enemy. *Research Digest*, Washington, n. 16, p. 1-8. Disponível em: <<http://www.fitness.gov/researchdigestmarch2002.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

BOOTH, F. W.; KRUPA, D. Sedentary death syndrome is what researchers now call America's second largest threat to public health. Washington, DC, May 29, 2001. Disponível em: <<http://hac.missouri.edu/RID/PressRelease.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Lei 9.787. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 fev. 1999. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=151421>>. Acesso em: 12 out. 2011.

CASTEL, R. *A insegurança social*. O que é ser protegido. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTIEL, L. D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz, 1999.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 103-20. 2005. Suplemento.

- CONRAD, P. *The medicalization of society*. on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, P.; MACKIE, T.; MEHROTRA, A. Estimating the costs of medicalization. *Social Science and Medicine*, New York, v. 70, p. 1943-47, 2010.
- COOPER, D.L. Movement is medicine. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, Oklahoma City, v. 85, n. 6, p. 291-3, 1992.
- DELFINO, V. D. A.; MOCELIN, A. J. Diabetes Mellitus: uma viagem ao passado. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 43-6, 1997.
- FIGUEIREDO, L. T. M. Dengue in Brazil: past, present and future perspective. *Dengue Bulletin*, New Delhi, v. 27, p. 25-33, 2003.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004.
- FRAGA, A. B. *Exercício da informação*: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados, 2006.
- GLUCK, M. E.; GELIEBTER, A.; SATOV, T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, Baton Rouge, LA, v. 9, n. 4, p. 264-7, 2001.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/ CELAFISCS. *Isto é Agita São Paulo*. São Paulo: CELAFISCS, 2002.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/ CELAFISCS. *Programa Agita São Paulo*. São Paulo: CELAFISCS, 1998.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/ CELAFISCS. *Sedentarismo: vacine-se contra esse mal*. São Paulo: CELAFISCS; [199-?].a. 1 folder, color., 21cm x 10cm.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/ CELAFISCS. *Não deixe sua vida no vermelho*. São Paulo: CELAFISCS; [199-?].b. 1 cartaz, color., 30cm x 20,5cm.
- KATZMARZYK, P. T. Perspective: sedentary death syndrome - Where to from here? *Canadian Journal of Applied Physiology*, Champaign, v. 29, n. 4, p. 444-6, 2004.
- LEES, S. J.; BOOTH, F. W. Sedentary death syndrome. *Canadian Journal of Applied Physiology*, Champaign, v. 29, n. 4, p. 447-60, 2004.
- LEES, S. J.; BOOTH, F. W. Physical inactivity is a disease. *World Review of Nutrition and Dietetics*, Basel, v. 95, p. 73-9, 2005.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R. Agita São Paulo: encouraging physical activity as a way of life in Brasil. In: FREIRE, W. B. (Ed.). *Nutrition and an active life*: from knowledge to action. Washington: PAHO, 2005. p. 141-60.
- MATSUDO, S. et al. Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo Program using the ecological mobile model. *Journal of Physical Activity and Health*, Champaign, v. 1, p. 81-97, 2004.
- MATSUDO, V. et al. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, Cambridge, v. 5, n. 1A, p. 253-61, 2002.
- MATSUDO, V. *Vitor Matsudo*: depoimento. Rio de Janeiro: Papo com Armando Nogueira; 22 mar. 2007. 23 min.
- McKEOWN, T. *The role of medicine*: dream, mirage or nemesis? Princeton: Princeton University Press, 1979.
- MCNEIL, C.M. Death by Default. *Club Business International*, Boston, v. 23, p. 28, fev. 2003.
- MORIYAMA, I.M. The eighth revision of the international classification of diseases. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, Washington, DC, v. 56, n. 8, p. 1277-80, 1966.
- MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. *Selling sickness*: how drug companies are turning us all into patients. Crows Nest: Allen and Unwin, 2005.
- NASCIMENTO, A. "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado". Isto é regulação? São Paulo: Sobravime, 2005.

- OBERG, E. Physical activity prescription: our best medicine. *Integrative Medicine*, Eagan, MN, v. 6, n. 5, p. 18-22, 2007.
- OKAY, Y. Atenção global à criança e modelo biomédico. *Pediatria (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, p. 172-5, 1984.
- PALMA, A. Exercício físico e saúde; sedentarismo e doença: epidemia, causalidade e moralidade. *Motriz*, Rio Claro (São Paulo), v. 15, n. 1, p. 185-91, 2009.
- STUNKARD, A. J.; ALLISON, K. C. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, London, v. 27, p. 1-12, 2003.
- SZASZ, T. *The medicalization of everyday life: selected essays*. Syracuse: Syracuse University Press, 2007.
- WHO. *Diabetes action now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation*. Geneva: WHO, 2004.
- ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society. In: TUCKETT, D.; KAUFERT, J. (Ed.). *Basic readings in medical sociology*. London: Cambridge University Press, 1978. p. 254-60.
- ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, New Castle-under-Lyme, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.

Recebido em: 01/12/2011

Aprovado em: 24/08/2012