

# O SEDENTARISMO DA EPIDEMIOLOGIA\*

Dr. ALEXANDRE PALMA

Doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Professor adjunto da Escola de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

(Rio de Janeiro – Brasil)

E-mail: palma\_alexandre@yahoo.com.br

Ms. MURILO MARIANO VILAÇA

Mestrado em educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Professor da Faculdade de Educação da UFRJ (Rio de Janeiro – Brasil)

E-mail: contatoacademico@hotmail.com

## RESUMO

*Os objetivos do presente ensaio foram: a) apresentar as incongruências entre os valores das distintas medidas de sedentarismo; b) debater a noção de fenômenos “não transmissíveis”, especialmente, no que se refere à adesão à prática regular de exercícios físicos; e c) analisar, tendo como base uma discussão da ideia de normalização biopolítica, os possíveis desdobramentos para a constituição dos sujeitos oriundos da adoção do conceito simplista de sedentarismo. A partir desses pontos, verificou-se que as medidas de sedentarismo não se apresentam como provas “sólidas” e “irrefutáveis” e, por isso, merecem ser questionadas. Além disso, o discurso produzido parece ser parte importante de um processo de normatização dos indivíduos. Pode-se concluir, dessa forma, que os estudos epidemiológicos se pautam em medidas duvidosas e carregam, em seus achados, um caráter moralizador.*

*PALAVRAS-CHAVE: Sedentarismo; comportamentos de risco; biopoder; normalização.*

---

\* O presente trabalho não contou com apoio financeiro de nenhuma natureza, tampouco houve conflitos de interesses para a sua realização.

## INTRODUÇÃO

Frequentemente, diferentes hábitos têm sido associados à ocorrência de doenças. Desse modo, a alimentação denominada de inadequada, o uso de álcool, o tabagismo, entre outros aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), têm sido considerados fatores importantes para apreciar na prevenção das doenças crônico-degenerativas e comumente aceitos como comportamentos de risco (idem, ibidem; RAMSEY et al., 2008). Outra conduta amplamente associada ao risco de adoecimento é o "sedentarismo" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996).

Dessa forma, inúmeras investigações têm sido conduzidas com o intuito de levantar a prevalência do sedentarismo ou da inatividade física em determinadas populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; RAMSEY et al., 2008), bem como associá-las à ocorrência de diferentes doenças (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996). Em contrapartida, a falta de clareza sobre o significado do que seja sedentarismo ou mesmo inatividade física pode contribuir para certa confusão entre os achados das pesquisas.

Recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil divulgou o relatório da pesquisa sobre vigilância de doenças crônicas realizada por meio de inquérito telefônico (Vigitel), cujo conteúdo possibilita observar a frequência e distribuição de fatores de risco para doenças crônicas nas capitais brasileiras e Distrito Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A inatividade física foi um dos fatores de risco estudados e pode ter sido, mais uma vez, objeto de distorções.

Apesar de esses limites teórico-metodológicos dos estudos epidemiológicos sobre o sedentarismo poderem colocar em xeque o seu poder de emitir verdades, ou seja, leis universais de funcionamento, a relação de poder-saber que atualiza mantém o seu poder de normalização praticamente intacto. A norma proveniente da noção de sedentarismo produzida pelos estudos epidemiológicos serve, a despeito de tudo, para diferenciar, comparar, valorar e hierarquizar condutas e comportamentos, assim como os sujeitos que os colocam em ação.

Nesse sentido, os objetivos do presente ensaio foram: a) detectar e apresentar as incongruências entre os valores das distintas medidas de sedentarismo ou inatividade física em diferentes estudos; b) debater a noção de fenômenos "não transmissíveis", especialmente, no que se refere à adesão à prática regular de exercícios físicos; e c) analisar, tendo como base uma discussão da ideia de normalização biopolítica, os possíveis desdobramentos para a constituição dos sujeitos oriundos da adoção do conceito simplista de sedentarismo.

Como pano de fundo, o que se pretende é desconstruir a beleza das análises epidemiológicas arquitetadas a partir de uma matemática fascinante e apresentadas

como verdade cientificamente provada, cuja intenção poderia ser apenas traduzir um estado de coisas objetivo, e não fazer um juízo de valor acerca da conduta dos sujeitos. Hipoteticamente, o juízo de valor sobre condutas, comportamentos e sujeitos produzido, ainda que relativamente arbitrário, é justamente o que opera as funções típicas de uma norma, separando, diferenciando, traçando fronteira, para, por fim, homogeneizar os seus objetos.

## INATIVOS, SEDENTÁRIOS, DUVIDOSOS

As diferenças entre o significado de “atividade física”, “exercício físico” ou “atividade física no tempo de lazer” já foram bem exploradas na literatura. Contudo, os estudos epidemiológicos sobre a prática de atividades físicas têm encontrado um problema fundamental, qual seja, a dificuldade de encontrar uma justa medida que proporcione parâmetros concretos de medição. Ao decidir-se por um critério, o pesquisador encerra, de certa forma, a possibilidade de caracterizar-se a prática de atividades físicas por outro modo.

Isso não seria problemático se as diferentes medidas não refletissem resultados tão díspares. A mensuração “objetiva” do sedentarismo, na verdade, talvez passe pelas percepções subjetivas de cada um de nós, ou não esteja suficientemente elaborada. Nesse sentido, quaisquer tentativas de empreender confrontações entre dois ou mais estudos ou associações com a ocorrência de doenças estariam dificultados.

De fato, qualquer tentativa de definir o que seja “sedentarismo” deverá esbarrar em sérios problemas. O conceito é vulgar, isto é, não é científico, uma vez que não pode ser apreendido e compreendido com precisão. Ademais, o conceito, em que pese parecer ser simples, tem sido amplamente utilizado nos estudos epidemiológicos, mas pouco tem sido objeto de reflexão. Esse tema, entretanto, já havia sido trazido à tona por Fraga (2006), quando questionou as disparidades entre os valores de “sedentarismo” encontrados nas pesquisas científicas.

Em artigo recém-publicado, Pate, O'Neill e Lobelo (2008) debruçaram-se sobre a questão, esmiuçaram em profundidade e sintetizaram um conjunto de ideias de como os pesquisadores têm averiguado e concluído sobre o comportamento sedentário. O ponto central abordado pelos autores diz respeito à falta de objetividade das medidas. Confrontações, por exemplo, com medidas realizadas a partir da utilização de acelerômetro permitiram observar, por exemplo, que uma pessoa classificada como sedentária, na maioria dos estudos, por não se engajar durante no mínimo 30 minutos em uma atividade física moderada ou vigorosa, realizou atividades físicas leves ao longo de 75% das treze horas do dia monitoradas. De modo

diferente, outro sujeito analisado teria sido classificado como ativo, uma vez que se engajou durante uma hora em atividades vigorosas, a despeito de ter passado o restante do tempo de forma sedentária ou em atividades de baixíssima intensidade.

Em investigação realizada na China, Hu et al. (2002) verificaram que mais de 60% dos 3.976 estudados reportaram não realizar atividades físicas no tempo de lazer, podendo, dessa forma, serem classificados como sedentários. Entretanto, desse mesmo grupo amostral mais de 90% relataram que se deslocavam diariamente, de bicicleta ou por caminhada, no trajeto de casa para o trabalho ou para escola.

A dificuldade em utilizar o conceito de sedentarismo pode ser verificada, ainda, em estudo conduzido por Varo et al. (2003). Os autores realizaram uma pesquisa sobre a prevalência de sedentarismo na Europa e adotaram dois critérios distintos para caracterizá-lo. O primeiro dizia respeito à quantidade de MET (Equivalente Metabólico) gasto diariamente. O segundo referia-se à prática ou não de alguma atividade física no tempo de lazer. Os autores, então, encontraram valores bastante diferentes para a prevalência do comportamento nos distintos países, de acordo com os critérios utilizados. Pelo primeiro critério os autores identificaram que 43,3% dos suecos; 61,4% dos dinamarqueses; 71,0% dos espanhóis e 87,8% dos portugueses foram classificados como sedentários. Porém, quando utilizado o segundo critério, foram rotulados como sedentários 6,4% dos suecos; 16,5% dos dinamarqueses; 18,0% dos espanhóis e 24,1% dos portugueses.

A pesquisa Vigitel (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) trabalha com dois indicadores: a frequência da prática de atividade física suficiente no lazer e a frequência da condição de inatividade física. Acompanhando tendências internacionais, a investigação considerou a primeira situação como a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividade física leve ou moderada em cinco ou mais dias na semana ou, ainda, 20 minutos de atividades intensas em três dias na semana. Para a segunda condição, os autores do estudo consideraram inativos fisicamente os sujeitos que conjuntamente não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, não realizaram esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocaram para o trabalho a pé ou de bicicleta e não eram responsáveis pela limpeza “pesada” de suas casas.

Para o primeiro critério, os pesquisadores do sistema Vigitel encontraram que do total da amostra estudada nas 27 cidades 83,6% não realizaram atividade física suficiente no lazer. Essa situação variou de 87,9%, em São Paulo, a 78,5%, em Palmas. Para a segunda condição, foram considerados inativos 26,3% dos informantes do conjunto de todas as cidades pesquisadas; 25,6% em São Paulo e 18,7% em Palmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ademais, há um problema importante na compreensão do que é atividade leve/moderada e intensa. Para os pesquisadores do sistema Vigitel, caminhada,

musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; enquanto a corrida, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas vigorosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Ora, atividades como natação e ciclismo podem ser executadas com intensidade bem elevada. Além disso, o tempo em que se realiza as atividades chamadas “leves” ou “moderadas” poderia representar um relevante gasto calórico.

## CONTÁGIO DOS FATORES DE RISCO

Outro ponto que mereceria receber maior reflexão nas investigações científicas diz respeito à noção de “não transmissibilidade”. O estudo das doenças “transmissíveis” tem como pressupostos as dimensões da infecção, da suscetibilidade e da imunidade. As relações entre esses aspectos produzem a dinâmica de transmissão e têm como desfecho situações como “imunidade do grupo” ou “suscetibilidade do grupo”. À primeira vista, no caso das chamadas doenças “não transmissíveis” o conteúdo relacional estaria desmontado. Porém, como defender a ideia de que os fatores de risco não são transmissíveis? Czeresnia e Albuquerque (1995), por exemplo, já haviam resgatado e reforçado a ideia de que os problemas considerados “não transmissíveis” podem ser, ao contrário, “transmitidos” pela relação entre os indivíduos e desses com o ambiente que os cercam.

Recentemente foi publicado no *American Journal of Public Health* dois artigos que, de certa forma, robustecem a noção de transmissibilidade dos fenômenos associados à saúde e desconstruem a ideia de responsabilidade individual. No primeiro deles, Davis e Carpenter (2009) observaram que os adolescentes que estudavam mais próximos de restaurantes do tipo *fast food* apresentavam-se mais obesos ou com sobrepeso. No outro, Ziol-Guest, Duncan e Kalil (2009) verificaram que a pobreza na primeira infância influenciou sobremaneira na elevação dos valores de Índice de Massa Corporal. A esses estudos é possível agrupar tantos outros, como o de Christakis e Fowler (2007), que constataram a disseminação da obesidade em uma grande rede social, de tal forma que o estado corporal dos amigos e parentes contribuíram para a condição do estado obesogênico do sujeito.

Na esteira dessa perspectiva, é possível encontrar estudos que tratam da atividade física. Kaplan et al. (1991) demonstraram que os níveis de atividades físicas eram dependentes de fatores psicossociais e demográficos, tais como nível de escolaridade, raça, renda, estado conjugal, tipo de ocupação, pertencimento a grupos de praticantes de exercícios físicos, isolamento social, satisfação com a vida, percepção da saúde, entre outros aspectos.

Voorhees et al. (2005) observaram que a frequência de prática de atividades físicas entre meninas se correlacionava, de forma importante, com a condição de prática das amigas, isto é, as adolescentes que tinham amigas praticantes de atividades físicas reportaram mais esse comportamento. Os autores explicam, assim, que a rede social talvez seja especialmente relevante entre os adolescentes.

Do mesmo modo, Ståhl et al. (2001) verificaram que o ambiente e a rede social do indivíduo contribuem, sobremaneira, à condição sedentária (ou ativa). Os autores perceberam que a família, os amigos, a escola, o local de trabalho são fatores importantes para adesão e manutenção em programas regulares de exercícios físicos. Em contrapartida, crenças religiosas e culturais, relações sociais, problemas socioeconômicos, barreiras ambientais e percepções de saúde foram alguns aspectos observados por Caperchione, Kolt e Mummery (2009) em estudo de revisão sobre aspectos culturais e linguísticos envolvendo a prática de atividades físicas.

Assim, é possível assumir uma determinada posição que advoga a ideia de que o significado da experiência individual e do processo grupal somente poderá ser revelado a partir da compreensão da perspectiva histórica, e seus matizes econômicos, culturais e sociais, as quais os sujeitos (ou o grupo) estão inseridos. É preciso considerar, ainda, que o próprio grupo se constrói e, constantemente, se reconstrói em certo espaço e tempo a partir das relações desenvolvidas no dia a dia e simultaneamente às contradições que o grupo social trava com diferentes aspectos da sociedade como resultado de expectativas individuais, peculiaridades do grupo, experiência subjetiva e realidade objetiva.

Nesse sentido, essas investigações teriam a grande relevância de poderem colaborar para deslocar o foco sobre o indivíduo e favorecerem a assunção de questões que não passam necessariamente pelas responsabilidades pessoais. Antes, porém, passam pela compreensão de que os sujeitos ou grupos sociais possam estar vulneráveis a determinadas situações, uma vez que nem sempre as escolhas são as possíveis ou compartilham dos mesmos valores e, nesse sentido, há uma espécie de “contágio” entre os pares.

## BIOPOLÍTICA E NORMALIZAÇÃO

Em que pese o relevante posicionamento crítico que questiona as incertezas do conhecimento, conforme analisado anteriormente, bem como traz à tona a ideia de pânico moral que pairam sobre os sujeitos a partir dos discursos hegemônicos (CAMPOS et al., 2006; GARD; WRIGHT, 2005), algumas situações têm merecido destaque no campo da saúde pública, e o “sedentarismo” é uma dessas condições (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996).

No que tange à prática de atividade física, a partir principalmente do conhecimento com base na noção de causa e efeito, tem sido imputada ao indivíduo a culpa por sua condição sedentária, uma vez que o comportamento pessoal dependeria apenas do próprio sujeito para ser modificado. Contudo, o que se tem observado pelos discursos persecutórios produzidos que ratificam essa compreensão é um efeito iatrogênico, encontrado em diferentes formas de estigmatização e discriminação (GUTTMAN; SALMON, 2004; CASTIEL; ÁLVAREZ-DARDET, 2007). Por essas e outras razões, tem sido criticada a forma excessiva com que se atribui ao indivíduo a condução de sua própria saúde. Tratemos, portanto, a noção de sedentarismo, buscando trazer à luz o seu caráter normalizador da vida e dos sujeitos.

O termo “normal” tem blindado os valores de referência para toda e qualquer classificação e indicado a moralidade nos discursos biomédicos. Para Canguilhem (1998), a origem etimológica da palavra “norma” significa esquadro, aquilo que não se inclina, ou seja, algo que se conserva numa justa medida. Ainda segundo o autor, essa interpretação conduz a dois sentidos: um primeiro, que se refere aquilo que é como deve ser; e outro, talvez mais frequente, que diz respeito ao que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou que constitui a média de uma característica mensurável.

Canguilhem (1998) argumenta que a tradição filosófica realista – composta por variadas vertentes, mas que, de maneira geral, espousa o primado ontológico da realidade objetiva ou da natureza numa relação de independência com a subjetividade e linguagem humanas e o distanciamento entre sujeito e objeto enquanto condições de possibilidade de um conhecimento objetivo/verdadeiro – atribuiu amplo prestígio ao fato observável e mensurável, proporcionando, desse modo, um valor de tipo ideal. Dessa forma, quem não se enquadra no padrão ideal estaria com alguma anomalia.

É na esteira da perspectiva realista, da pressuposição de que há algo natural, essencialmente correto, bom, harmônico, que foi possível criar um quadro referencial e regulatório calcado na relação binomial normal-anormal. Nesse sentido, o normal seria aquilo que está em acordo com o que é natural. O binômio normal-normal teria, portanto, um poder prescritivo, a autoridade de um *deve ser*, sem ser uma construção humana arbitrária, mas sim a expressão de uma ordem objetiva. O anormal, por sua vez, seria o que se desvia desse *deve ser*, passando a ser considerado um *erro* a ser corrigido ou uma patologia a ser curada.

O uso dessa noção de “normalidade” pode, entretanto, representar um erro, vez que designa um fato e atribui a esse mesmo fato um valor decorrente de um julgamento de apreciação adotado. Não obstante, convém lembrar que a atitude de matematizar o conhecimento, própria da ciência positivista, e classificar os fenô-

menos ocupa lugar privilegiado no mundo da ciência. O saber médico-científico, o qual visa, sobretudo, à saúde, privilegia, numa relação dicotômica, as noções de normal e normalidade, considerando a doença um desvio ou desequilíbrio de normas fixas, as quais seriam “constantes”. Assim, em relação à prática médica, busca-se estabelecer cientificamente certas normas para seguir e pelas quais se restabelece o estado de saúde, de normalidade.

Em geral, os indivíduos são medidos a partir de uma variedade de procedimentos e os resultados analisados estatisticamente, de tal forma que possam ser classificados cientificamente por meio de normas e desvios-padrão. Ou seja, do ponto de vista dessa ciência tradicional, o que se pretende encontrar são as *regularidades*, inclusive no que diz respeito aos desvios. Nada deve escapar à sua capacidade de explicação e regulação do mundo. Não pode mais haver signos, exceto na análise daquilo que representa as identidades e as diferenças, e ambas têm de ser passíveis de tradutibilidade, certo grau de previsibilidade e controle pelo discurso científico.

Canguilhem é o responsável por primeiro inverter essa lógica, ao colocar a vida em outro ponto de vista, submetendo a ciência à normatividade da vida (PORTOCARRERO, 2000). De acordo com Dagognet (1997), a ciência não pode preceder à normatividade da vida, pois dela deriva. Segundo Portocarrero (2000), Canguilhem considera que a vida, enquanto organismo vivo, não possui uma harmonia preestabelecida com o meio, a normatividade – a instituição de novas normas – própria da vida é a sua capacidade de variação e de adaptação ao meio, que, por sua vez, também é variável. Assim, nada há, para Canguilhem, de fixo ou constante que fornecesse elementos naturais ou essenciais, subsidiando, assim, um realismo científico capaz de estabelecer objetivamente o normal. Além disso, a inversão canguilhemiana opera a transposição dos elementos que caracterizavam a normalidade para o campo da anormalidade. Ser estável, imutável ou constante é anormal, e constituiria um estado patológico, e não um salutar.

Não é somente no campo da produção de conhecimentos científicos, *stricto sensu*, e no de saberes, em geral, que a relação normal-anormal se tornou operatória. No campo ético-político, do exercício do poder, da produção de subjetividades, do controle das condutas, da formação humana, ela atua, operando as distinções entre os comportamentos normais e anormais.

O estudo da norma é uma das chaves de leitura do pensamento foucaultiano, o que denota a forte influência da Canguilhem sobre ele. É na fase genealógica (1970) que Foucault apresenta e desenvolve as suas ideias mais precisas e específicas no que diz respeito ao tema da norma. Subdividindo em norma-normaçoão, enquanto resultado das técnicas disciplinares, e norma-normalizaçoão, como mecanismos de

regulação atrelados ao biopoder<sup>1</sup>, Foucault, na esteira canguilhemiana, aduz o valor da norma para pensar a constituição das relações de saber-poder e das subjetividades. Como um dos fundamentos das práticas divisórias, a norma atua tanto para separar quanto para homogeneizar os sujeitos em função de certas características que possuem e dos seus comportamentos.

É pelas interfaces entre saberes, poderes e práticas, discursivas ou não, que se delimita a fronteira entre o normal e o anormal, entre o normal e o patológico, constituindo-se aquilo que Foucault (2002) denomina, em termos de biopolítica, de *técnica geral de governo dos homens enquanto dispositivos de normalização*. Tanto para Foucault (2002) quanto para Canguilhem (1998), a normalização constringe para homogeneizar as multiplicidades, objetivando e individualizando os sujeitos, já que permite certas distâncias entre eles, determinando níveis, fixando especificidades e tornando-as úteis (PORTOCARRERO, 2004). Eles também convergem ao concordarem que a norma não se define como lei natural, mas sim pelo papel de exigência coercitiva que é capaz de exercer em relação aos seus domínios (FOUCAULT, 2002). Com Canguilhem, Foucault afirma que esse conceito polêmico é, antes de tudo, um conceito político.

Pelo fato de haver diferenças relevantes entre a função da norma na tecnologia disciplinar e nos mecanismos regulamentares na biopolítica, cabe matizar alguns pontos. Enquanto o objeto da disciplina era o corpo individualizado, o do biopoder é o corpo coletivo ou os indivíduos entendidos como população (FOUCAULT, 2008). Ao contrário do que se tinha nas disciplinas, nas quais se partia da norma e se estabelecia o binarismo normal ou anormal simplesmente, a lógica normalizadora operada *normalização biopolítica* consiste em fazer a distribuição diferencial das normalidades, no plural. Quer dizer, as várias normalidades funcionam umas em relação às outras, de sorte que as mais desfavoráveis sejam levadas às que são mais favoráveis. Constrói-se uma relação de inclusão e relação entre coisas “mais normais” que as outras, mais favoráveis do que as outras. O funcionamento não é o do impedimento, mas o da circulação (FOUCAULT, 2008; VILAÇA, 2009).

Temos, também, a passagem do *homem-corpo* para o *homem-espécie*. No campo do biopoder, o que interessa não é apenas o exercício do controle externo, mas sim, e talvez, sobretudo, o *autocontrole*. Quanto maior o nível de normalização dos sujeitos, menor a necessidade da intervenção punitiva do Estado (VILAÇA, 2009). Outras duas noções tipificadas como constitutivas da biopolítica são a de *previsão* e

---

1. Neste artigo, utilizaremos os termos biopoder e biopolítica como sinônimos, conforme faz Foucault (2005), inobstante algumas discussões existentes no campo de estudos foucaultianos tentarem fazer distinções.

de *previdência*. No primeiro caso, o que está em jogo é a capacidade de, por meio de estimativas estatísticas e medições globais, compreender fenômenos vitais gerais, de tal modo que se possa modificar e baixar as taxas de morbidade, encompridar a vida e estimular a natalidade (FOUCAULT, 2005).

No segundo caso, que é uma demarcação clara das fronteiras entre a disciplina e a regulamentação biopolítica, a ideia é a de que, baseado nas previsões, se deve assumir hábitos de previdência, medidas profilática (idem, ibidem). O sujeito moderno não deve exclusivamente reagir positivamente diante de uma presente ou iminente punição disciplinar. Ao contrário, aquilo que se requer dele é, por excelência, uma atitude preventiva, que evite o risco causado por hábitos perigosos, nocivos, em nome da segurança encontrada nas ações “corretas”.

No modelo biopolítico da sociedade medicalizada, importa mais a economia do (auto)controle previdente à da disciplina punitiva. Não é casual que Foucault tome as ciências da vida para compreender a modernidade, utilizando-se, por exemplo, da *variolização*<sup>2</sup> para identificar e analisar as particularidades dos dispositivos de segurança que caracterizam a normalização biopolítica em distinção da normação disciplinar (FOUCAULT, 2008).

A noção de previdência é facilmente encontrada no discurso contemporâneo de que uma vida ativa, logo, saudável, diminui riscos, previne problemas futuros e garante uma vida longa, segura e feliz. O trabalho do biopoder, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, é essencial para compreender a formação do sujeito moderno pela sua inserção no campo da saúde normalizadora (FOUCAULT, 2008).

Essa noção de “normalidade biopolítica”, de fato, encontrou ressonância nos meios de comunicação quando a modernidade tardia passou a cultivar e adorar a saúde e o corpo. Isso pode e deve ser considerado uma consequência do processo de modernização do saber médico, haja vista que, segundo Foucault (2006), a medicina moderna deixou de ser apenas um *corpus* de técnicas de cura e do saber que elas requerem para ser, sobretudo, “[...] um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma

---

2. Esse exemplo nos é caro, primeiramente, haja vista ser por meio dele que Foucault (2008) identifica o nascimento de quatro noções típicas da ideia de dispositivos de segurança com marcador da noção de normalização biopolítica, quais sejam: a *noção de caso*, de *risco*, de *perigo* e de *crise*. Em segundo plano, resta clara a pertinência dele, considerando a discussão supra, na qual ressaltamos algumas dessas noções, notadamente quando tocamos na visão do sedentarismo como um *fator de risco*, um elemento comportamental que impinge perigo à vida do sujeito. Para detalhes a respeito da abordagem foucaultiano, ver a aula de 25 de janeiro de 1978 do curso ministrado por Foucault (2008).

definição do *homem-modelo*" (p. 37). Os saberes médicos puderam, no tocante à gestão da existência humana, não somente distribuir conselhos para uma vida harmônica, mas reger as relações físicas e morais dos indivíduos e da sociedade na qual eles vivem (FOUCAULT, 2006). A medicina pôde e pode prescrever um conjunto de elementos que, se for seguido à risca, é capaz de garantir uma boa vida, correta e saudável.

Dessa forma, foi posta ao alcance de todos, desde que se siga a "acertada" norma de estilo de vida e se evite os riscos, uma mania coletiva de saúde, denominada de *healthism* ou *higiomania* (CRAWFORD, 1980). A ideia de *higiomania* passou a ser nutrida por uma normatividade, a qual estabelece o que é melhor para a saúde e para o corpo, as escolhas corretas e a importância da prevenção aos riscos. É interessante salientar, porém, que o excesso de preocupação com o corpo e com a saúde pode significar uma "má saúde".

Não estranha, portanto, as mudanças, ao longo do tempo, nas formas de realizar dietas, exercícios físicos ou outras escolhas ligadas à saúde e/ou ao corpo. Quando a normatividade se modifica, o consumo dos padrões de referência, e tudo que os cerca, se altera. Nesse sentido, os "comportamentos" duram um tempo menor do que seus benefícios podem se estabelecer, uma vez que uma nova recomendação denuncia seus efeitos prejudiciais. O discurso de verdade, aqui, opera o biopoder.

Poderia parecer óbvio que os riscos deveriam e poderiam ser gerenciados. E se no caso da ameaça externa, como nos problemas ambientais, os indivíduos têm pouco controle, o risco imposto internamente a partir dos "estilos de vida" que ameaçam a conservação da vida, os especialistas asseguram que seria de responsabilidade dos próprios indivíduos cuidarem de sua "boa saúde", enfim, cuidarem de si pelo autocontrole.

Lupton (1997) comenta, porém, que, a despeito da aura de cientificidade, os cálculos que cercam os riscos pessoais à saúde apresentam sérias limitações preditivas e podem estar revestidas de interesses e servir de controle dos sujeitos. É possível, assim, indagar se, de fato, existe uma epidemiologia do sedentarismo, por exemplo, ou se está em jogo um discurso alarmista, ideológico e moralista, que se coaduna com uma fartura de interesses corporativos e pessoais.

## À GUIA DE CONCLUSÃO

O propósito central do presente texto foi trazer à tona um debate acerca das questões que envolvem os estudos epidemiológicos sobre o sedentarismo. De imediato procurou-se demonstrar a incongruência daquilo que se compreende

e mede. A ciência tem-se apoiado na medição, na quantificação de um “número objetivo”, num critério que permita classificar o indivíduo em sua respectiva posição dentro de uma escala. Contudo, a confrontação dos dados sobre o sedentarismo parece não confirmar integralmente esse pressuposto.

Considerando, então, que os números se apresentam como provas “sólidas” e “irrefutáveis” para classificar os indivíduos e diagnosticar o sedentarismo nas sociedades, é interessante supor que os cientistas possam estar iludindo a si mesmos. É possível, dessa forma, questionar a ideia de uma “epidemia do sedentarismo”.

Ademais, a literatura, especialmente no campo da educação física, ainda carece de reflexões acerca do processo de culpabilização que se depara a partir dos dados epidemiológicos disponíveis e como esses carregam em si um fardo moral.

### The sedentarism of epidemiology

*ABSTRACT: The aims of this essay are: a) to show certain incongruencies between the values of distinct measures of sedentarism; b) to discuss the notion of phenomena which are “untransmissible”, especially with respect to the regular practising of physical exercise; c) to analyze, based on a discussion of the idea of biopolitical normalisation, the possible consequences for the constitution of the subjects from adopting a simple concept of a sedentarism. We will show that the measures of sedentarism cannot be considered as solid and irrefutable proofs, and therefore, they deserve to be reassessed. Furthermore, the resulting discourse seems to be an important part of a process of stating norms for individuals. In this way, we can conclude that epidemiological studies are being guided by questionable criteria and their findings hold a moralizing stance.*

*KEY WORDS: Sedentarism; risk behavior; biopower; normalization.*

### El sedentarismo de la epidemiología

*RESUMEN: Los objetivos del presente ensayo fueron: a) presentar las incongruencias entre los valores de las distintas medidas de sedentarismo; b) debatir la noción de los fenómenos “no transmisibles”, especialmente en lo que se refiere a la adhesión a la práctica regular de ejercicios físicos; e c) analizar, sobre la base de una discusión de la idea de la normalización de la biopolítica, los posibles desdoblamientos para la constitución de los sujetos oriundos de la adopción del concepto simplista de sedentarismo. Desde estos puntos, se verificó que las medidas de sedentarismo no se presentan como pruebas “sólidas” y “irrefutables” y, por eso, merecen ser cuestionados. Además de eso, el discurso producido parece ser importante de un proceso de normalización de los individuos. Se puede concluir, de esta forma, que los estudios epidemiológicos se pautan en medidas dudosas y cargan en sus descubiertas, un carácter moralizador.*

*PALABRAS CLAVES: Sedentarismo; comportamientos de riesgo; biopoder; normalización.*

## REFERÊNCIAS

- CANGUILHEM, G. *The normal and the pathological*. New York: Zone Books, 1998.
- CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, New York, v. 10, n. 3, p. 365-88, set. 1980.
- CAMPOS, P.; SAGUY, A.; ERNSBERGER, P.; OLIVER, E.; GAESSER, G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 35, n. 1, p. 55-60, fev. 2006.
- CAPERCHIONE, C. M.; KOLT, G. S. Mummery WK. Physical activity in culturally and linguistically diverse migrant groups to Western society: a review of barriers, enablers and experiences. *Sports Med.*, v. 39, n. 3, p. 167-77, mar. 2009.
- CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 461-466, mar. 2007.
- CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 357, n. 4, p. 370-379, jul. 2007.
- CZERESNIA, D.; ALBUQUERQUE, M. F. M. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 415-423, out. 1995.
- DAGOGNET, F. *Georges Canguilhem, philosophe de la vie*. Paris: Institut Synthélabo, 1997.
- DAVIS, B.; CARPENTER, C. Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *American Journal of Public Health*, Stanford, v. 99, n. 3, p. 505-510, mar. 2009.
- FRAGA, A. B. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. *A saúde em debate na educação física – volume 2*. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 105-118.
- FOUCAULT, M. El sujeto y el poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2001. p. 241-259.
- \_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

\_\_\_\_\_. *Segurança, território e população: curso no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GARD, M.; WRIGHT, J. *The obesity epidemic: science, morality and ideology*. London: Routledge, 2005.

GUTTMAN, N.; SALMON, C. T. Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: ethical issues in public health communication interventions. *Bioethics*, v. 18, n. 6, p. 531-552, nov. 2004.

HU, G.; PEKKARINEN, H.; HÄNNINEN, O.; YU, Z.; TIAN, H.; GUO, Z.; NISSINEN, A. Physical activity during leisure and commuting in Tianjin, China. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 80, n. 12, p. 933-938, dez. 2002.

KAPLAN, G. A.; LAZARUS, N. B.; COHEN, R. D.; LEU, D. J. Psychosocial factors in the history of physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 7, n. 1, p. 12-17, jan. 1991.

LUPTON, D. *The imperative of health: public health and the regulated body*. London: Sage, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel Brasil 2008)*. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2008. Série G. Estatística e informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

PATE, R.R.; O'NEILL, J.R.; LOBELO F. The evolving definition of "sedentary". *Exercise and Sport Sciences Reviews*, v. 36, n. 4, p. 173-178, out. 2008.

PORTOCARRERO, V. Filosofia, ciência e vida em Canguilhem. *Cadernos de filosofia contemporânea*, v. 3, p. 62-72, abr. 2000.

\_\_\_\_\_. Normalização e invenção: um uso do pensamento de Michel Foucault. In: CALOMENI, T. C. B. *Michel Foucault: entre o murmúrio e a palavra*. Campos: Editora da Faculdade da Direito de Campos, 2004. p. 133-168.

RAMSEY, F.; USSERY-HALL, A.; GARCIA, D.; MCDONALD, G.; EASTON, A.; KAMBON, M.; BALLUZ, L.; GARVIN, W.; VIGEANT, J.; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevalence of selected risk behaviors and chronic diseases – Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 39 steps communities, United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, Atlanta, v. 57, n. 11, p. 1-20, out. 2008.

STÅHL, T.; RÜTTEN, A.; NUTBEAM, D.; BAUMAN, A.; KANNAS, L.; ABEL, T.; LÜSCHEN, G.; RODRIGUEZ, D. J.; VINCK, J.; VAN DER ZEE, J. The importance of the social environment for physically active lifestyle – results from an international study. *Social Science & Medicine*, v. 52, n. 1, p. 1-10, jan. 2001.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical activity and health: a report of the surgeon general*. Atlanta: US Department of Health and Human Services,

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VARO, J. J.; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. A.; IRALA-ESTÉVEZ, J.; KEARNEY, J.; GIBNEY, M.; MARTÍNEZ, J. A. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 32, n. 1, p. 138-146, fev. 2003.

VILAÇA, M. M. *Vida e violência em jogo: o esporte como prática pedagógica e exercício biopolítico*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VOORHEES, C. C.; MURRAY, D.; WELK, G.; BIRNBAUM, A.; RIBISL, K. M.; JOHNSON, C. C.; PFEIFFER, K. A.; SAKSVIG, B.; JOBE, J. B. The role of peer social network factors and physical activity in adolescent girls. *American Journal of Health Behavior*, v. 29, n. 2, p. 183-190, mar./abr. 2005.

ZIOL-GUEST, K. M.; DUNCAN, G. J.; KALIL, A. Early childhood poverty and adult body mass index. *American Journal of Public Health*, Stanford, v. 99, n. 3, p. 527-532, mar. 2009.

Recebido: 18 maio 2009

Aprovado: 28 set. 2009

Endereço para correspondência

Alexandre Palma

Av. Carlos Chagas Filho, 540, Edifício da Educação Física

Rio de Janeiro-RJ

CEP 21941-599