

QUESTIONAMENTOS E INCERTEZAS ACERCA DO ESTATUTO CIENTÍFICO DA SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO NA EDUCAÇÃO FÍSICA¹

QUESTIONS AND DOUBTS ABOUT THE SCIENTIFIC STATUTE OF HEALTH: A NECESSARY DISCUSSION IN PHYSICAL EDUCATION AREA

Marcos Bagrichevsky*
Alexandre Palma**

RESUMO

Este ensaio buscou problematizar certas concepções inerentes à temática “saúde”, recorrentes no âmbito científico da Educação Física, por julgar necessária a ampliação do entendimento crítico sobre o fenômeno na área. Para adensar o debate em foco, o texto incorporou à análise alguns referenciais da Saúde Pública e das Ciências Sociais em Saúde, reconhecendo-os como subsídios fundamentais na viabilização de outras interpretações diferentes da abordagem biomédica hegemônica.

Palavras-chave: Saúde. Educação Física. Saúde Pública. Estatuto Científico.

INTRODUÇÃO: O CONTEXTO INICIAL DAS INQUIETAÇÃO

O problema da condição contemporânea de nossa civilização moderna é que ela parou de questionar-se; não formular certas questões é extremamente perigoso [...] ao passo que responder o tipo errado de questões, com frequência, ajuda a desviar os olhos das questões realmente importantes.

O preço do silêncio é pago na dura moeda corrente do sofrimento humano'

(ZIGMUNT BAUMAN, Globalização)

Já é de amplo conhecimento que a Educação Física teve sua gênese orientada a partir de um ideário militar de disciplinamento e controle biopolítico dos corpos, que buscava extrair-lhes, ao máximo, uma funcionalidade servil. No esteio de tal concepção, a área vem abrigando, em seu contexto histórico brasileiro, uma herança, de longa tradição, que tem buscado reivindicar e justificar sua existência enquanto prática de intervenção social e científica legítima e necessária. Notadamente, esse legado se configurou por intermédio dos movimentos vinculados às práticas higienistas de “melhoria da raça humana” (no início do século XX) e à

¹ Cabe registrar que a construção do artigo foi pensada a partir de reflexões acumuladas em discussões estrategicamente fomentadas pelo Grupo de Trabalho Temático 1 ('Atividade Física e Saúde') do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, entre 2001 e 2003, já que a materialidade dos debates produzidos nesse biênio ganhou circulação no meio acadêmico e trouxe fôlego a tais perspectivas. O produto dessas iniciativas inclui: *i*) a organização do **I CICLO DE CONFERÊNCIAS “A Saúde em Debate na Educação Física”** em 2002, que reuniu quatro pesquisadores renomados, oriundos dos programas de pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/RJ, em Saúde Coletiva da UNICAMP/SP e em Ciências Sociais da PUC/SP; *ii*) a **COLEÇÃO EM VÍDEO “A Saúde em Debate na Educação Física”**, composta pelo registro em VHS das quatro conferências do evento e também da mesa redonda “*Educação física e saúde: releitura e perspectivas*” apresentada no XII CONBRACE (2001); *iii*) o lançamento do **LIVRO “A Saúde em Debate na Educação Física”**, em dezembro de 2003, fruto decorrente das duas iniciativas anteriores, que contemplou nove ensaios originais acerca do tema.

* Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNICAMP; Membro do GTT1-CBCE, na gestão 2001-2003; Pesquisador do SALUS – Grupo de Estudos em Educação Física e Saúde (UGF-RJ).

** Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; Membro do GTT1-CBCE, na gestão 2001-2003; Docente da Universidade Gama Filho e Universidade Estácio de Sá; Coordenador e Pesquisador do SALUS – Grupo de Estudos em Educação Física e Saúde (UGF-RJ).

“promoção da saúde” (mais ao final do mesmo século). Os ideais de exercitação corporal fizeram parte de ambos os períodos, mas com conotações que apresentavam sutis diferenças. As premissas discursivas da promoção da saúde nesse campo encontraram força, sobretudo, no último dos aludidos períodos, o qual deu origem ao que se convencionou chamar de “Movimento da Saúde” (SOARES, 1994; FRAGA, 2003; GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2003). Um trecho da obra *Da Educação Física*, de Fernando de Azevedo (1920), ilustra bem o legado eugênico da saúde, associado à prática de atividades físicas e aos valores morais, deixado já nas primeiras décadas do século passado:

Demeny afirma que por meio dessa ginástica, assim caracterizada, devem adquirir-se, sobre o ponto de vista fisio-anatômico:

[...] a beleza corporal e, sob o ponto de vista psicológico, a coragem, a iniciativa, a vontade perseverante, ou, em uma palavra, certas aptidões morais, além do equilíbrio funcional dos órgãos, que é a expressão e o índice da saúde do corpo, e, por fim, ‘a beleza na forma e no movimento’. Deve ela, pois, na concepção moderna, tender, não ao engrossamento do músculo, mas ao desenvolvimento racional de todos os órgãos e de todas as funções, para chegar, por um treinamento, isto é, por uma progressão lenta, gradativa e metódica, a favorecer o desenvolvimento do sistema nervoso e a coordenação de suas manifestações, e a facilitar assim todos os atos da vida, pondo uma ‘alma sã num corpo igualmente sadio e vigoroso’ (AZEVEDO, 1920, p. 70).

Ainda hoje, se percorrermos os vários programas de pós-graduação *stricto sensu* em Educação Física existentes no Brasil, é possível reconhecer, em determinadas disciplinas e linhas de pesquisa desses mesmos cursos, os “traços hereditários” que conferem uma identidade marcante ao enfoque da temática “saúde”. Essa característica, por conseguinte, tem influenciado a concepção orientadora dos cursos formativos em nível de graduação, de congressos, da política editorial de livros e periódicos científicos sobre o assunto, além de interferir,

sobretudo, no modo de intervenção da prática profissional cotidiana da área.

As abordagens investigativas que tratam de saúde na Educação Física, *grosso modo*, parecem ainda privilegiar olhares que buscam explorar muito mais os aspectos fisiológicos, em detrimento de outros enfoques. A relação que predomina nessa tendência é a da atividade física associada à saúde, a qual vem sendo enunciada, com frequência, como fenômeno de “causa e efeito”; ou seja, a saúde entendida como consequência quase exclusiva da prática regular de atividades físicas.

Tal fato traz sérias implicações para o campo do conhecimento, pois suscita uma interpretação parcial e/ou distorcida da realidade, que não leva em conta outros fatores contextuais relevantes aos quais as pessoas estão submetidas e que não podem ser dissociados do cotidiano. Distribuição desigual da renda, nível de (des)emprego, condições sanitárias básicas, condições de moradia e alimentação, (in)disponibilidade de tempo livre, acesso aos serviços de saúde, entre outros, também são aspectos que amoldam as condições da vida humana, portanto necessitam ser igualmente considerados em qualquer pesquisa que busque estabelecer inferências mais gerais sobre a saúde pública.

Por outro lado, já existem indícios, em estudos consistentes apresentados na própria área, que precisam ser destacados, na perspectiva de enriquecimento do debate crítico acerca do fenômeno (MAIA, 1996; DELLA FONTE; LOUREIRO, 1997; CARVALHO, 2001; PALMA, 2001a; PALMA, 2001b; MIRA, 2001). De todo modo, para que se amplie qualitativamente o espectro de criticidade na discussão em foco, urge buscar e incorporar abordagens diferenciadas do tema, para além das tradicionais quantificações biológicas hegemônicas.

Os saberes produzidos por diferentes campos, sobretudo aqueles advindos da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais, podem somar significativas contribuições à Educação Física, se permearem mais visceralmente as análises investigativas desenvolvidas na área que tangenciam aspectos relativos ao processo saúde-doença e à promoção da saúde.

Dessa maneira, a presente reflexão intenciona problematizar algumas questões inerentes às concepções e ideologias sobre saúde, a partir do exercício de mediação com outros referenciais científicos, produzidos e explorados habitualmente fora das cercanias internas da Educação Física. Com isso, buscamos legitimar um referendo de discussão estrategicamente construído, que suscita outros olhares, de cunho crítico, que consideram saudável e necessário o cotejamento dessas distintas interfaces de pesquisa em torno da temática central aqui proposta.

ALGUNS ELEMENTOS PARA COMPREENDER A SAÚDE COMO FENÔMENO PROCESSUAL SÓCIO- HISTÓRICO

Por certo o fenômeno “saúde” tem se constituído como um dos mais relevantes aspectos da vida humana. Diminuir as taxas de mortalidade, aumentar a expectativa de vida, transpor as barreiras das doenças incuráveis, entre tantos outros desafios, têm feito parte da incansável vontade de se melhorar a saúde, ao longo da história da humanidade.

Rosen (1994) reconhece que, nesse amplo percurso temporal registrado, os principais problemas de saúde enfrentados sempre estiveram relacionados à vida comunitária. Várias evidências de atividades ligadas à saúde coletiva foram achadas nas mais antigas civilizações: banheiros, esgotos e sistemas de abastecimento de água, freqüentemente encontrados nas ruínas de construções escavadas.

Uma vez que a doença desde sempre tem afligido o ser humano, por ser a enfermidade inerente à vida, em todos os lugares e em diferentes épocas, as distintas sociedades procuraram se esforçar para enfrentar essa realidade da melhor forma possível. Nesse sentido, as práticas de promoção de saúde também se verificaram precocemente no mesmo contexto.

Interessante ressaltar, que na civilização grega da Antigüidade, práticas análogas à medicina já buscavam algo além da cura dos doentes. Tão importante quanto as terapias curativas, a “preservação da saúde” recebeu um

tratamento especial e as questões ligadas à higiene mereceram destaque. Assim, para os “médicos” da época, o modo ideal de vida era posto a partir do equilíbrio entre a nutrição, o exercício moderado e o descanso. A origem etimológica da palavra higiene atesta tal afirmação. *Panacea*, por exemplo, era a deusa da curação, enquanto *Hygea* era a deusa da saúde. A primeira é considerada a deusa da medicina e dos procedimentos terapêuticos, enquanto a última simboliza a “arte de estar saudável”, entendida também como a moderação no viver ou a ordem natural das coisas (ALMEIDA FILHO, 1999; RESTREPO, 2001a).

Apesar de conquistar o mundo mediterrâneo, Roma assumiu o legado da cultura grega e aceitou suas idéias sanitárias e da “medicina” da época. Contudo, coube aos romanos introduzir o mais bem-organizado sistema de aquedutos e de suprimento de água desse período histórico. Galeno, o mais famoso médico romano, foi o primeiro a declarar a existência de “pré-requisitos” à saúde: “liberdade de paixão e independência econômica”, as quais, inclusive, eram mais importantes que uma boa constituição física, uma vez que não seria possível alcançar uma vida saudável sem uma completa autonomia (ROSEN, 1994; RESTREPO, 2001a).

Durante a Idade Média, com o cristianismo em posição de grande supremacia, os problemas de saúde eram enfrentados em termos místicos e religiosos. Além disso, a exaltação do espírito, como principal elemento da saúde condicionou uma reação aos cuidados do corpo. Nesse panorama, os exercícios físicos e dietas deixaram de ter importância e as ações religiosas tomaram força.

Entre os séculos XVI e XVIII iniciou-se o período moderno, no qual a Saúde Pública se desenvolveu, tal como é conhecida na atualidade. É nessa fase que se extingue a civilização medieval e ocorre uma transição para o mundo moderno. É um período marcado pelo saber de bases científicas, onde a filosofia se alavancou em um caráter empirista. Desse modo, os problemas de saúde começaram a ser tratados com conhecimentos mais científicos e sofreram registros estatísticos (ALMEIDA FILHO, 1999). São da mesma época estudiosos como André Vesálio e William Harvey, considerados,

respectivamente, os pais da anatomia e fisiologia.

Numa era subsequente, que abrange parte dos séculos XVIII e XIX e inclui os movimentos denominados Iluminismo e Revolução Industrial, o conhecimento científico tornou-se a base fundamental das ações em Saúde Pública. Chamou a atenção, nesse momento, o considerável aumento das populações urbanas e o crescimento paralelo das condições insalubres de vida e trabalho.

Nessa época, os bares eram considerados espaços de lazer popular, onde ocorria normalmente elevado consumo de bebida alcoólica. As visões contidas nas interpretações sobre os problemas de saúde eram, em sua maioria, reducionistas e destacavam o caráter de culpabilidade do próprio doente, percepção esta que perdura até os dias de hoje. Restrepo (2001a, p. 18) cita uma passagem escrita pelo médico alemão Bernhard Christoph Faust, em 1794, na obra “Promover a saúde e o bem-estar geral de seu povo”:

[...] por que meios particulares pode um corpo forte e saudável ser afetado ou deteriorado? Por um má educação; por uma corrupta forma de vida; por intemperança no comer e beber; por alimentos nocivos, e licores espirituosos; por respirar ar danoso; por moléstias ocasionadas por um excessivo exercício ou por inatividade [...].

Restrepo (2001a) ressalta também que esse é o período do nascimento da medicina social e dedica especial atenção a Rudolf Virchow, considerado pela autora como o maior representante da época. Dentre os escritos de Virchow, destaca-se a capacidade de abranger as mais finas descobertas clínicas e patológicas, em conjunto com as análises antropológicas, sociológicas e epidemiológicas. De modo geral, Virchow preconizava que as populações deveriam ter a mais completa e ilimitada democracia, ou, em outras palavras, educação, liberdade e prosperidade. O autor, dessa forma, atreveu-se a declarar que as causas da enfermidade e epidemias se encontravam nas condições de vida da população pobre. Por conseguinte, ele próprio liderou um movimento

de reforma da medicina, cujo fracasso, hoje, é atribuído, segundo alguns autores, à falta de participação efetiva da própria população como protagonista das ações, apesar de a base ideológica original do movimento ter suscitado preocupações com o povo.

Também em relação à certificação da prática médica e sua influência sobre o reordenamento das concepções de saúde, Courtine (1995) enuncia que, durante a metade do século XIX, tal perspectiva se deu a partir das transformações de cunho científico que passaram a operar sobre a dinâmica do corpo, compreendido, então, como uma “máquina em ação”. O trecho a seguir ilustra bem essa idéia:

A medicina fez do movimento corporal um signo essencial da saúde, um modo fundamental de expressão da vida. O discurso médico e o registro metafórico geral próprio à era industrial contribuíram para uma consciência mecânica do corpo [...] ao mesmo tempo a medicina concebeu o corpo menos como uma entidade e mais como um processo, sobre o qual se podia intervir para modificá-lo. Remodelar o corpo, moldar a personalidade, tornavam-se desde então uma questão de condicionamento [...] (COURTINE, 1995, p. 93).

Ainda de acordo com Restrepo (2001a), a história mais recente que antecedeu a renovação de princípios e a construção teórico-prática do conceito de promoção da saúde se iniciou com Henry Sigerist, já no século XX. Esse estudioso, que foi o primeiro a utilizar tal expressão, concebia quatro funções para a medicina: *i*) a promoção da saúde; *ii*) a prevenção da enfermidade; *iii*) a restauração do enfermo; *iv*) a reabilitação. Para Sigerist, a expressão “promoção da saúde” referia-se, por um lado, às ações baseadas na educação sanitária e, por outro, às iniciativas do Estado no sentido de otimizar o padrão de vida das coletividades. O programa proposto por Sigerist consistia em incentivar: a educação em saúde; a melhoria nas condições de trabalho e nos meios de recreação e descanso da população; um sistema de saúde acessível a todos; e a criação de centros médicos de investigação e capacitação.

Na verdade, é importante salientar que o desenvolvimento da promoção da saúde se inicia, de fato, com uma mudança do próprio conceito de saúde, ocorrida nos últimos quarenta anos, a partir de uma crise no paradigma biomédico. Assim, ao se tratar de promoção de saúde não se ressalta somente a cobertura e acesso aos serviços de saúde, mas, antes, as inter-relações com a equidade social.

Não obstante, o movimento pela promoção da saúde, fundamentado essencialmente nos pressupostos argumentativos da Carta de Otawa em 1986 (manifesto mundial liderado pelo Governo do Canadá, entendido como um marco de referência), coincidiu cronologicamente com o esfacelamento das políticas de saúde e bem-estar (*wellfare state*), em face da queda dos regimes da social-democracia no continente europeu. Tal fato acabou por limitar a capacidade de expansão desse movimento, até mesmo nos países de maior desenvolvimento socioeconômico.

Decorre daí que a situação se desenha concretamente de um modo contraditório, considerando-se que a proposta nascera justamente de uma iniciativa estatal: pouco ou nenhum destaque se delega às intervenções dos setores de políticas públicas populacionais; enquanto, por outro lado, se evidencia elevada atenção às estratégias que investem esforços apenas nas mudanças de comportamento individual, notadamente propagadas, então, pelo setor privado.

O Estado, ao se isentar da responsabilidade de levar a cabo a criação das condições propícias ao desenvolvimento dos pilares fundamentais do movimento, dá claros indícios de que a única opção que resta à população é a modificação de seus próprios hábitos de vida. Cria-se, por assim dizer, uma postura fascista, pois as recomendações “oficiais” adotadas impõem às pessoas certos estilos de vida “desejáveis” e condenam outros, considerados de risco, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, etc., que passam a ser estigmatizados. Esse é um momento marcante, que acaba por se converter num “imperialismo da saúde”, uma vez que se apodera de tudo que é, simbolicamente, considerado positivo da vida. Há uma dualidade intencional clara, carregada de moralismo: a adoção de “bons

comportamentos” pressupostamente se traduziria na melhoria da saúde dos indivíduos, ao passo que as condutas de risco” levariam à sua minoração!

Outro argumento de crítica refere-se à “comercialização da saúde”, decorrente do espraiamento desse mote de idéias totalizadoras, que assume um caráter emblemático (inclusive sendo reconhecido em alguns trabalhos ditos de promoção) e busca, em última instância, materializar a obtenção da saúde através da venda de produtos e serviços. Tal argumentação pode ser verificada, por exemplo, nas incontáveis ofertas de atividades físicas em academias de ginástica, suplementos alimentícios, fármacos para emagrecimento, tratamentos em *spas*, seguros-saúde, etc. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; RESTREPO, 2001b). No entanto, Courtine (1995) adverte que essa cultura de consumo já aparece na década de 1960, fortemente circunstanciada nas questões hedonistas do corpo, no modelo da *american way of life* (o ‘estilo de vida norte-americano’). O autor relata:

As ambigüidades desse hedonismo inscrevem-se, ainda, literalmente, em sua linguagem, isto é, no caráter paradoxal e na força performática desses enunciados obrigatórios que levam à busca de um bem-estar na atividade física. *Have fun*: a alegria é um dever moral, uma forma insistente de obrigação. No mesmo contexto, o bem-estar psicológico (*feeling good*) é entendido como uma consequência da forma física (*being in shape*). (COURTINE, 1995, p. 101)

Della Fonte e Loureiro (1997) também reforçam que esse fenômeno de mercadorização da saúde não se dá de forma repentina; ao contrário, ele é fruto de um longo processo histórico de expropriação, “de perda de sua condição de ‘premissa existencial’ humana para se transformar em algo apenas recuperado e recuperável no mercado” (p.130).

A idéia, intencionalmente suscitada no imaginário popular, de que seria possível obter saúde através do acesso às atividades corporais oferecidas nesse nicho mercadológico ratifica a noção simbólica de “saúde conquistada”, seja

pelo envolvimento em suas práticas seja pela utilização dos produtos a elas agregados.

Tal perspectiva, na lógica capitalista de fluxo, busca ainda algo mais: “Para se oferecer a saúde como mercadoria, é preciso que se amplie o seu grau de necessidade. Além disso, é importante que essa necessidade seja percebida como algo natural, abstrato, igual para todas as classes sociais. Desta forma, o consumo transforma-se num ato unicamente individual de satisfação de necessidades dentro do poder aquisitivo de cada um” (DELLA FONTE; LOUREIRO, 1997, p. 130). Ao se assumir essa idéia, torna-se inteligível a razão pela qual os elementos circunscritos no universo do *fitness* e da “corpolatria” alcançaram uma dimensão fetichizadora no contexto social da atualidade.

ESTATUTO CIENTÍFICO E A IDÉIA DE 'RISCO' RELATIVIZADOS NO ÂMBITO DA (PROMOÇÃO DA) SAÚDE

A partir desses breves recortes acerca do modo constitutivo da saúde, os quais apontam afirmativamente para sua indissociabilidade dos aspectos socioculturais, políticos e econômicos da história da humanidade, parecem possíveis relações mais acuradas sobre as questões vinculadas à promoção da saúde na Educação Física, que têm se ancorado em discursos e ações pragmáticas de “combate ao sedentarismo”, idéia que se tornou tão cara à área. Nesse enfoque, há intenção de incorporar ao debate particularmente dois aspectos: o conceito de risco, freqüentemente utilizado para classificar e normatizar o sedentarismo como um comportamento danoso à saúde; e o emprego do “estatuto científico”, enquanto premissa que pretende “autorizar” e justificar as intervenções e pesquisas sobre tal objeto.

É preciso reiterar que o paradigma hegemônico da saúde vigente na Educação Física permanece reafirmando que a baixa adesão à exercitação física regular se constitui numa problemática relevante e que, para se alcançar sua “superação”, há necessidade de mudanças de caráter comportamental, principalmente com a adoção de atitudes que não apenas libertariam os indivíduos sedentários de uma inaceitável indolência, mas também lhes

proporcionariam uma vida saudável e economicamente produtiva.

Em que pese a isso, a situação de baixa prevalência da prática de atividades físicas continua uma realidade. Mesmo mergulhado nessa cacofonia de sentidos que busca outorgar aos exercícios a certificação de que teriam a possibilidade, por si sós, de reduzir a ocorrência de diversas doenças (desconsiderando toda a conjuntura socioeconômica determinante no processo saúde-doença), o quadro delineado parece não se alterar. Mas como é possível que ainda não tenha sido logrado, na maioria dos países, o envolvimento sistemático de grande parte da população “fisicamente inativa”, nas diversas formas de exercitação preconizadas, se estas acumulam prestígio cultural e político e patrimônio secular de conhecimento consideráveis em favor das inúmeras benesses que podem trazer à humanidade?

Talvez seja prudente, neste momento, tecer um esclarecimento. O conjunto de argumentações apresentadas até aqui não intenciona demonstrar que a prática da atividade física é despropositada ou não produz qualquer interferência positiva sobre organismo. Não se trata disso. Até porque a literatura científica também apresenta trabalhos bem-conduzidos, que evidenciam sua ação fisiológica terapêutica benéfica sobre certas patologias e potenciais comprometimentos, ou mesmo sobre o estado geral do corpo humano. Do mesmo modo, não se quer ignorar a considerável tradição de que o tema goza junto à Educação Física. Todavia, algumas reinterpretações se fazem necessárias e urge a tarefa de se analisarem cuidadosamente as tentativas de massificação de uma norma moralizante que tem sido disseminada na área através da apologia ao “estilo de vida ativo” e à aparência física utópica do “corpo sarado”.

Outra perspectiva sujeita à crítica é a supervalorização de pesquisas quantitativas, de cunho biológico, que têm objetivado reafirmar uma relação inexorável entre sedentarismo e prevalência de doenças. Tem sido uma tônica nesses estudos investir “esforços” apenas no enunciado de associações estatísticas massificantes, sem desenvolver a contento análises exploratórias qualitativas, capazes de interpretar todas as possibilidades relacionais entre os objetos cotejados. Contudo, há muito

ainda para se investigar no estabelecimento dessa relação causal. Até porque também cabe perguntar: de fato, o exercício físico é um “gerador” de saúde, ou são os diversos fatores determinantes da condição de saúde (por exemplo, nível de renda) que conduziriam as pessoas à prática do exercício? Essa é uma questão a que os métodos quantitativos não têm conseguido responder...

Esse sintético recorte esboçado já permite aquilatar quão paradoxalmente se expressam os diferentes aspectos imbricados na questão. Parece que se enseja, então, a inclusão de alguns outros elementos na análise posta, para tentarmos diagramar um pouco melhor os engendramentos que dão sustentação a algumas ações na Educação Física pretensamente apresentadas como promotoras de saúde.

Na conferência sobre “risco e saúde”, proferida por Luis David Castiel (2002) durante o I Ciclo de Conferências “A Saúde em Debate na Educação Física”, foram trazidos alguns dos conceitos necessários ao adensamento da discussão. O debate desenvolvido pelo pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/RJ, trouxe à tona uma rigorosa reflexão acerca dos problemas centrais da epidemiologia contemporânea, tais como a relativização da idéia de risco, sua mitificação e suposta neutralidade na ambiência da saúde. O enfoque central, inserido na perspectiva das biotecnociências e suas inovações, foi traçado a partir de algumas considerações. Em primeiro lugar, o conferencista registrou que o momento atual – final do século XX, início do XXI – é bem ilustrado pela situação paradoxal da criação de enorme gama de inovações/avanços biotecnológicos, que surgem de forma acelerada, acompanhada das perturbações que elas mesmas (as inovações) agregam à condição da vida humana. Em suas palavras: “Vivemos uma época na qual as referências rapidamente perdem sua validade, sua concretude, denotando um caráter de extrema volatilidade [...] é necessário realizar um exercício de atribuição de sentidos para essas incessantes informações que são agregadas em nossa sociedade, ao passo que outras, no mesmo tempo, são totalmente descartadas”. Uma segunda referência foi feita, utilizando a reflexão de Zigmunt Bauman (1998) sobre a construção de “verdades” operada pela

ciência. Ele tece comentários críticos a esse respeito dizendo: “Existe a família das verdades auto-evidentes que servem para explicar o mundo, sem precisarem elas mesmas de explicação, que ajudam a afirmar coisas sobre o mundo, sem serem mais vistas elas mesmas como afirmações, quanto mais como objetos de discussão em questionamento”.

Essas abordagens preliminares permitiram a Castiel introduzir um conjunto de indagações acerca dos instrumentos utilizados para medir risco: *i*) até que ponto as escalas mensurativas podem participar da criação de um fenômeno? *ii*) será que essas escalas apreendem satisfatoriamente tudo aquilo que se propõem a medir? *iii*) e como operacionalizar tal tarefa, por exemplo, na dimensão da saúde?

Nesse contexto poderíamos inserir também a profusão de novos instrumentos de medida que surgem a cada dia, bastante presentes nas investigações da Epidemiologia e da Educação Física. Há que se ressaltar, por mais alta que seja a precisão alcançada pelos aparatos de medição na reprodução de determinado fenômeno, que eles continuam sendo capazes de representar apenas parte da realidade; não conseguem retratá-la por inteiro, nem em toda a sua complexidade e subjetividade.

Para Georges Canguilhem (2002), é inadmissível reduzir saúde a uma concepção “científica”. Sendo que não é possível correlacionar normalidade com saúde, nem anomalia com doença, todos os recursos instrumentais estatísticos, como médias e valores de frequência, nada podem informar a respeito desse conceito. Para ele, as concepções de saúde e risco estão fundidas, pois saúde pode ser abstraída como “ampliação da margem de segurança ante as infidelidades do meio”; ou, dito de outro modo, seria o equacionamento das condições de vida indesejáveis, capaz de minimizar o nível de suscetibilidade ao risco. Assim, “adoecer” ou “recuperar-se de uma enfermidade” são considerados partes indissociáveis da característica essencial do organismo humano. Nessa perspectiva, portanto, não se aplicariam categorias como “condutas de risco” ou “grupos de risco”, do mesmo modo que seria inviável e absurdo medi-las (CAPONI, 2002).

Castiel (2002) ratifica a idéia de que a capacidade de perceber ou operacionalizar o risco numa lógica numérica no âmbito da saúde é tarefa bastante difícil, uma vez que o próprio conceito de risco, entendido como uma construção humana, tem caráter sempre ambíguo e fluido. E aí já paira uma questão de difícil enfrentamento para os estudos fisiológicos da Educação Física: como relacionar ou mensurar o risco na questão do sedentarismo (comumente referido como “comportamento de risco”)? Para esse pesquisador, o grande problema é que “o risco tende a ser tratado como uma verdade auto-evidente por disciplinas científicas como a epidemiologia”.

Almeida Filho (1992) dá sentido a essa afirmação ao colocar em questão o norteamento da atuação epidemiológica contextualizada nos anos oitenta do século XX: “Para os epidemiologistas, a natureza essencialmente empiricista da sua prática científica apresenta-se como um suposto fundamental, axiomático, indiscutível. Empiricismo é aqui referido como o referencial [...] que apreenderia a realidade sem mediações, sendo os conceitos científicos imediatamente redutíveis à observação” (p. 25). Para o autor, a prática disciplinar de campo da epidemiologia moderna parece não ter abandonado essa percepção, que se aviva no aforismo de John Locke: “*No direct measurement, no basic concept*” (p. 26); em outras palavras, só aquilo que for mensurável é passível de um tratamento científico. De acordo com essa premissa, para olhar cientificamente para o fenômeno investigado, seria necessário quantificá-lo, criar indicadores mensurativos. Essa crença baseia-se na concepção positivista de ciência, que se julga neutra, livre de juízos de valor. Para Minayo (1993), esse foi o fio condutor que acabou desaguando no emprego de termos matemáticos, como a linguagem das variáveis e a sistematização dos métodos quantitativos de pesquisa.

Como alternativa às impossibilidades e vieses gerados pela lógica quantificadora das metodologias que investigam o campo da saúde e que deixam escapar tantos outros elementos e aspectos da realidade não apreendida, Castiel (2002) propõe outro modo de encarar o risco, aquele definido pelas Ciências Sociais: “o risco pode ser considerado como ‘perigo’ que é,

inevitavelmente, mediado por processos sociais e valores culturais e que não pode ser conhecido em separado destes” ou ainda como “modos da sociedade olhar os eventos que chegam a ela”; e aí reconhecendo a pertinência dessas elaborações, fica claro que não se podem alcançar conclusões “certificadoras” em pesquisas que o empregam como um instrumento (nível de risco), já que se trata de constructo abstrato intensamente atravessado por subjetividades.

Vivemos um certo paroxismo mensurativo nos dias de hoje, em relação à saúde e à biomedicina (e sua áreas correlatas); mas, apesar de novos instrumentos conseguirem descrever cada vez melhor distintos fenômenos fisiológicos do processo saúde-doença no organismo humano, simultaneamente, essa “euforia” de sucessivos avanços tecnocientíficos tem deixado muito para trás, perdido de vista, a preocupação com a condição da vida humana, sobretudo em sua dimensão coletiva. Um exemplo pontual se retrata no campo da genética. Em última instância, descobertas acerca do genoma humano anunciadas por pesquisadores trazem enunciados classificatórios e discriminatórios, sobrepondo inclusive as questões culturais: gens responsabilizados por “bons” e “maus” comportamentos das pessoas, os quais delegam aos portadores de tais cargas genéticas conseqüências que podem ser desastrosas ou não, dependendo obviamente, da conotação valorativa que lhe seja imputada. Não é à toa que para justificar práticas de ascense étnica, cultural e socioeconômica, instâncias políticas governamentais, através de suas instituições penitenciárias e psiquiátricas, têm empreendido elevado esforço em correlacionar tal perspectiva à criminalidade, à escolha de práticas sexuais e aos “estilos de vida condenáveis” como alcoolismo, tabagismo... sedentarismo! Camuflam-se por trás desses discursos, ditos “científicos”, posturas preconceituosas e estigmatizantes que se aproximam bastante de outras intervenções eugênicas terríveis de outrora, que a história não nos deixa esquecer.

Que estatuto “cientificista” é esse, que amplia assombrosamente as agruras sociais do homem, ao invés de minorá-las? Será que, de algum modo, esse contexto tecnocientífico atual

contempla o propósito central das idéias iluministas do século XVIII, o qual prometia, através do “avanço” da ciência e do conhecimento, a superação incondicional de todos os obstáculos que impedissem o desenvolvimento e o bem-estar das coletividades humanas? Dada a vulnerabilidade crescente da grande população dos países periféricos, principalmente dos continentes africano, asiático e da América Latina, poder-se-ia dizer que essas promessas retóricas ufanistas se perderam no tempo. Restrepo (2001a) destaca que, sobretudo nos dias atuais, a supremacia do curativo e do desenvolvimento da biotecnologia gera marcantes desigualdades em saúde.

Será que a Educação Física, enquanto área ou disciplina que se pretende científica, subjugada e subjacente a essa euforia de conquistas e inovações tecnoinstrumentais “inesgotáveis”, não tem reforçado tal visão? É mais do que passada a hora de nos colocarmos à crítica, tentando desenvolver, com toda a cautela e perplexidade necessárias, uma análise dialógica com outros campos do saber, sobretudo aqueles que privilegiam discutir e intervir nas questões profundamente demarcadas pelas desigualdades sociais dos tempos atuais,

não as aceitando como um “curso natural” da humanidade. Como afirma Dejours (1988, p. 61):

a saúde é a liberdade de dar ao corpo de comer quando tem fome, de fazê-lo dormir quando tem sono, de dar-lhe açúcar quando baixa a glicemia. Não é anormal estar cansado ou com sono, não é anormal ter uma gripe [...]. Pode até ser normal ter algumas enfermidades. O que não é normal é não poder cuidar dessa enfermidade, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela enfermidade [...].

A Educação Física postada como campo de intervenção social e científico, a partir de suas incursões mensurativas, que objetivam ‘classificar’ comportamentos de risco e de saúde, precisa se interrogar urgentemente sobre essas questões. É preciso que se reinventem e se ampliem as diversas formas de enxergar o que é pertencente ao humano, condizentes com uma cultura de emancipação social que priorize as coletividades e que possibilite minimizar as absurdas iniquidades com as quais convivemos no século XXI.

QUESTIONS AND DOUBTS ABOUT THE SCIENTIFIC STATUTE OF HEALTH: A NECESSARY DISCUSSION IN PHYSICAL EDUCATION AREA

ABSTRACT

This article aimed to develop a critical analysis about some conceptions related to ‘health’, which are recurrent in the scientific field of Physical Education, aiming at amplifying the critical understanding on such a phenomenon. In order to condense this debate, the article incorporated some theoretical references on both the Public Health and Health Social Sciences since they are fundamental subsidies in the sense of differently interpreting the hegemonic biomedical approach.

Key words: Health. Physical education. Public health. Scientific statute.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: Apce/Abrasco, 1992.
- ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 1-13.
- AZEVEDO, F. **Da Educação Physica**. São Paulo: Melhoramentos. 1920.
- BAUMAN, Z. **Globalização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense. 2002.
- CAPONI, S. **Salud colectiva, riesgos privados**. 2002. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/salud1.htm>> Acesso em: 20 out. 2003.
- CARVALHO, Y. Educação física e saúde: releitura e perspectivas. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 12., 2001, Caxambu. **Anais...** Caxambu. MG: CBCE, out. 2001. 1 CD-ROM.
- CASTIEL, L. D. A medida do possível: risco e saúde. In: Ciclo de Conferências ‘A Saúde em Debate na Educação Física’, 1., 2002, Campinas. **Coleção de Vídeos...** Campinas: GTT1/ CBCE, 2002. Fita 2 (120 min), VHS, son., color.
- COURTINE, J. J. Os Stakhanovistas do narcisismo: body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: Sant’anna, D. B. de (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p.81-114.

- DEJOURS, C. Um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 5, p. 58-76, 1988.
- DELLA FONTE, S. S.; LOUREIRO, R. A ideologia da saúde e a educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 126-132, jan. 1997.
- FRAGA, A. B. Espectros de Antinoüs: educação do físico e governo dos corpos no Brasil. **Revista Iberoamericana. America Latina - España - Portugal: Ensayos sobre letras, historia y sociedad**. Frankfurt, n. 10, p. 103-112, jun. 2003.
- GÓIS JÚNIOR, E.; LOVISOLO, H. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.
- MAIA, A. F. Educação Física e saúde: reflexões a partir do dilema clínico/epidemiológico. In: ANJOS, J. L. **Ensaio: Educação Física e Esporte**. Vitória: UFES/CEFD, 1996. v. 4, p.61-82.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MIRA, C. M. **O declínio de um paradigma: ensaio crítico sobre a relação de causalidade entre exercício físico e saúde**. 2000. f. Tese (Doutorado em Educação Física)-Faculdade de Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- PALMA, A. Educação física, ciência e saúde: outras perspectivas. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. 12., 2001, Caxambú. **Anais...** Caxambú: CBCE, 2001a. 1 CD-ROM.
- PALMA, A. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001b.
- RESTREPO, H. E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. In: Restrepo, H. E.; Málaga, H. (Orgs.). **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001a. p. 15-23.
- RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: Restrepo; H. E.; Málaga, H. (Orgs.). **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001b. p. 24-33.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- SOARES, C. **Educação Física: raízes européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 1994.

Recebido em 28/09/04

Revisado em 12/11/04

Aceito em 25/01/05

Endereço para correspondência: Marcos Bagrichevsky, Caixa Postal 137, Cep 88215-000, Bombinhas-SC. E-mail: bagrichevsky@hotmail.com