

MARCOS BAGRICHEVSKY
ALEXANDRE PALMA
ADRIANA ESTEVÃO
(Organizadores)

**A SAÚDE EM
DEBATE NA
EDUCAÇÃO
FÍSICA**



Marcos Bagrichevsky
Alexandre Palma
Adriana Estevão

A SAÚDE EM DEBATE NA EDUCAÇÃO FÍSICA



Blumenau, dezembro/2003



Presidente

Dr. Edmundo Pozes da Silva

Conselho Editorial

Dra. Helena Maria de M. Gomes

Dr. Nestor Adolfo Eckert

Dra. Suzana Sedrez

Coordenador Executivo

Dr. Nestor Adolfo Eckert

Copyright © 2003 by Edibes Editora

1ª Edição

Todos os direitos reservados: é proibida a reprodução total ou parcial de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

S255s A saúde em debate na educação física / Marcos Bagrichevsky, Alexandre Palma e Adriana Estevão (orgs.). Blumenau(SC) : Edibes, 2003.
191p.

ISBN: 85-88929-03-1

Vários autores.
Inclui bibliografia.

I. Atividades físicas - Saúde. 2. Educação física - Promoção da saúde. 3. Saúde - Aptidão física.
I. Bagrichevsky, Marcos. II. Palma, Alexandre.
III. Estevão, Adriana.

CDD 21. ed. - 613.71

Elaborada por Rosália Maria Senger - CRB 14/628

Contatos para Aquisição do Livro

E-Mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br

Sumário

Apresentação.....	7
Sobre os autores.....	11
Artigo 1 - Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde – Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marcos Bagrichevsky.....	15
Artigo 2 - Análise sobre os limites da inferência causal no contexto investigativo sobre “exercício físico e saúde” – Alexandre Palma; Marcos Bagrichevsky; Adriana Estevão.....	33
Artigo 3 - Desigualdade Social e Atividade Física – William Waissmann.....	53
Artigo 4 - Quem vive mais morre menos? estilo de riscos e promoção de saúde – Luis David Castiel.....	79
Artigo 5 - Qualidade de vida, corpos aprisionados – Salete Oliveira.....	99
Artigo 6 - A saúde como objeto de reflexão filosófica – Sandra Caponi.....	115
Artigo 7 - Educação física escolar como via de educação para a saúde – Fabiano Pries Deivid 	137
Artigo 8 - Equidade de gênero e saúde: desafio dos novos tempos sociais – Ludmila Mourão; Cátia Duarte.....	151
Artigo 9 - Exercício físico e saúde: da crítica prudente – Carlos Magallanes Mira.....	169

Apresentação

Coube-nos a tarefa inaugural, na qualidade de organizadores do livro que ora se apresenta e também de membros do *Grupo de Trabalho Temático “Saúde” (GTTI)* do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), de tentar anunciar a relevância e o significado da produção de tal obra, sobretudo para o universo que circunscreve a área que se convencionou chamar de Educação Física. É imprescindível deixar claro que a viabilização desse projeto não é fruto apenas da junção de diferentes ensaios apresentados pelos autores convidados.

Nessa apresentação, julgamos fundamental resgatar o percurso trilhado em nossos dois anos de atividade no GTTI, pois ao relatar: a) os objetivos iniciais que nos mobilizaram nessa empreitada; b) os pressupostos e problematizações que conferiram fundamento às nossas ações; c) as realizações e os produtos gerados a partir de nossas intervenções; acabamos discorrendo para o leitor os motivos pelos quais nos empenhamos para a concretização do livro em questão.

Na verdade, o conjunto desses escritos intitulado “*A saúde em debate na educação física*”, referenda um ciclo de esforços coletivos articulados no período 2001/2003, no qual estivemos à frente dessa instância institucional, buscando por meio de diversas estratégias¹, ampliar as possibilidades teórico-metodológicas de se investigar, analisar, discutir e interpretar os fenômenos subjacentes ao tema “saúde”, particularmente, no âmbito da Educação Física. Também ambicionamos dar fôlego a um fórum permanente de discussões no país, em torno de nosso objeto central, tentando

¹ Em 2002, também foi produzido o *I CICLO DE CONFERÊNCIAS “A saúde em debate na educação física*; em 2003 foi produzida e distribuída (inicialmente) para 15 estados brasileiros a *COLEÇÃO DE VÍDEOS “A saúde em debate na educação física”* (essa última, composta pelas quatro conferências do evento + a mesa redonda “*Educação física e saúde: releitura e perspectivas*”, apresentada no XII Conbrace/2001 pelos profs. Alexandre Palma e Yara Carvalho)

desvelar, nessa perspectiva, suas imbricações com a área.

A presente coletânea de artigos pretende explorar a riqueza dos diferentes campos do saber (saúde coletiva, sociologia, antropologia, filosofia, biologia, ciências políticas, etc.), os quais, em nossa opinião, deveriam permear mais visceralmente, as análises sobre saúde e doença e, ficar menos à margem nas investigações desenvolvidas na Educação Física. Tentamos, com isso, propiciar/estimular novos olhares, de percepção mais crítica e abrangente em futuras pesquisas a serem realizadas em torno dessa temática.

Na persecução de tais objetivos, também reconhecemos a necessidade de demarcar nosso posicionamento ideológico, em relação ao *status* de boa parte da produção do conhecimento acerca da saúde, que tem se desenvolvido no interior dessa área científica, visto que a perspectiva por nós desejada, parece se apresentar, de certo modo, como um contraponto à visão hegemônica, advinda de correntes mais conservadoras da Educação Física. Nessa perspectiva, não admitimos como eixo norteador da discussão, apenas o viés biológico da “atividade física”. Como já foi dito anteriormente, vislumbramos considerar, também, as contribuições que outras interfaces do conhecimento (diferentes do *saber biomédico*) podem nos oferecer para a compreensão da problemática complexa pertinentes ao tema.

Nos parece que, particularmente, em congressos, livros e periódicos científicos da Educação Física, a abordagem predominante da “saúde” tem sido privilegiada com uma visão que tem buscado/explorado muito mais os aspectos fisiológicos relacionados a esse objeto, em detrimento de outros enfoques. A relação que predomina nessa tendência hegemônica é a da “atividade física e saúde”, a qual vem sendo incessantemente explorada como fenômeno de “causa e efeito”, ou seja, a saúde entendida como consequência, quase exclusiva, de uma atividade física regular, o que parece implicar na compreensão que não leva em conta outros fatores contextuais, aos quais as pessoas estão submetidas (distribuição de renda, condições de moradia e alimentação, disponibilidade de tempo, interesse, prazer, acesso ao serviços de saúde...).

O debate sobre a necessidade de se buscar interpretações diferenciadas em estudos sobre saúde na

Educação Física, além das já tradicionais análises biológicas, começou a se delinear no XII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, promovido pelo CBCE em outubro de 2001. Na ocasião, a atual comissão científica do GTT I-Saúde foi formada e traçou um plano geral para percorrer esse caminho.

Em realidade, a organização embrionária dessa coletânea, começou a ser pensada a partir da realização do *Ciclo de Conferências “A Saúde em debate na Educação Física”*, que aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2002, sob a chancela do próprio CBCE e com apoio da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Gama Filho (UGF).

No evento, quatro conferências foram realizadas no total. Pesquisadores ilustres, oriundos de diferentes áreas, brindaram os profissionais da Educação Física com suas idéias. O intuito do referido empreendimento foi disponibilizar a esses profissionais, as mais recentes discussões presentes no campo da *saúde coletiva, saúde pública e ciências sociais* e, difundir as reflexões e posições teóricas essenciais à compreensão da saúde. Esperava-se, desse modo, contribuir para subsidiar políticas e intervenções que fossem capazes de melhorar a situação da saúde da população brasileira e, principalmente, para refletir criticamente, sobre o que vem sendo produzido no espaço acadêmico, bem como, sobre as poucas intervenções públicas no setor.

Na conferência de abertura, o Professor Doutor Gastão Wagner de Campos, da Saúde Coletiva da UNICAMP, discorreu sobre *“Políticas Públicas de Saúde”*, demarcando como o campo da saúde pode ser rico para o “pensar” e o “fazer” do educador físico e para o coletivo e o público, em detrimento do individual e do privado.

Na segunda apresentação, Luis David Castiel, Professor Doutor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), trouxe à tona, o tema *“A medida do possível: risco e saúde”*. O debate incorporou uma rigorosa reflexão acerca dos problemas centrais da epidemiologia contemporânea, tais como a relativização da idéia de risco e sua suposta neutralidade.

O Professor Doutor Edson Passetti, das Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), na conferência seguinte, abordou o tema *“Política e*

Saúde”, pontuando sobre outros modos de pensar e viver a saúde para além daquela freqüentemente vinculada com a cura de doenças.

A última das quatro apresentações que compuseram o evento foi proferida pelo Professor Doutor William Weissmann, também da ENSP/FIOCRUZ. Com a temática central intitulada “*Desigualdade social e atividade física*”, o professor versou sobre o panorama atual das desigualdades sociais e biológicas e buscou analisar as questões relativas à promoção da saúde dentro desse contexto.

Na presente coletânea teremos, novamente, a rica possibilidade de nos deparar com as idéias de dois desses pesquisadores. No entanto, também foram reunidos outros nomes importantes, que têm procurado desenvolver estudos a partir de enfoques mais abrangentes e diferenciados. Os artigos inéditos aqui reunidos, recortam então, um universo ainda pouco explorado na Educação Física. Esperamos que o livro, pela qualidade dos autores convidados e pela consistência de seus ensaios, consiga alcançar os objetivos primários e provoque uma reflexão constante nos estudantes, professores, pesquisadores e interessados na temática da saúde e suas múltiplas interfaces.

Marcos Bagrichevsky
Alexandre Palma
Adriana Estevão²

² Membros da Comissão Científica do GTT I “Saúde”/CBCE, na gestão 2001-2003; E-mail para contato: gttsaude_salus@yahoo.com.br

Sobre os autores

ADRIANA ESTEVÃO

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC/SP;
Mestre em Educação (FURB/SC);
Professora do Departamento de Educação Física da FURB/SC;

ALEXANDRE PALMA

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ/RJ); Mestre em Educação Física (UGF/RJ);
Professor dos Cursos de Educação Física das Universidades Gama Filho e Estácio de Sá/RJ;
Coordenador do *Salus* (Grupo de Pesquisa em Educação Física e Saúde - Universidade Gama Filho)

CARLOS MAGALLANES MIRA

Pós-doutor pela Ball State University (EUA) e University of North Carolina (EUA);
Doutor e Mestre em Educação Física (UGF/RJ);
Diretor e Docente do Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes (IUACJ), Montevideu, Uruguai

CÁTIA DUARTE

Mestranda em Educação Física (UGF/RJ);
Integrante do Laboratório do Imaginário e das Representações Sociais da Educação Física, Esporte e Lazer (LIREs) e do Grupo de Estudos de Gênero, Educação Física, Saúde e Sociedade (GEFS),
da Pós-graduação em Educação Física da Universidade Gama Filho.

FABIANO PRIES DEVIDE

Doutor em Educação Física (UGF/RJ); Mestre em Educação Física (UGF/RJ);
Professor das redes públicas de ensino do Estado (RJ) e do Município de Teresópolis/RJ;
Professor do Curso de Educação Física da Universidade Estácio de Sá/RJ

LUDMILA MOURÃO

Doutora e Mestre em Educação Física (UGF/RJ)
Professora da Graduação e Pós-graduação da UGF/RJ;
Pesquisadora do Laboratório do Imaginário e das Representações Sociais da Educação Física, Esporte e Lazer (LIREs); Coordenadora do Grupo de Estudos *Gênero, Educação Física, Saúde e Sociedade* (GEFS), da Pós-graduação em Educação Física da Universidade Gama Filho.

LUIS DAVID CASTIEL

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ/RJ)
Professor Pós-graduação e Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ/RJ)

MARCOS BAGRICHEVSKY

Doutorando no Programa de Pós-Graduação “Saúde da Criança e do Adolescente” (CIPED/FCM/UNICAMP);
Mestre em Educação Física (UNICAMP);
Professor do Curso de Graduação em Educação Física e Pesquisador da UNICASTELO/SP (Coordenador do Grupo de Pesquisa *Teoria e Metodologia do Treinamento Contra-Resistido*)

SALETE OLIVEIRA

Doutora em Ciências Sociais (PUC/SP); Pesquisadora no Nu-Sol (Núcleo de Sociabilidade Libertária do Programa de estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP);
Professora na Faculdade Santa Marcelina/SP

SANDRA CAPONI

Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência (UNICAMP).
Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);
Pesquisadora de CNPq

WILLIAM WAISSMANN

Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ/RJ)
Professor Pós-graduação e Pesquisador da Escola Nacional
de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ/RJ)

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS ACERCA DAS QUESTÕES RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Alexandre Palma;
Adriana Estevão;
Marcos Bagrichevsky¹

I. SOBRE A SAÚDE

Por certo tal fenômeno tem se constituído como um dos mais relevantes aspectos da vida humana. Diminuir as taxas de mortalidade infantil, aumentar a expectativa de vida, transpor as barreiras das doenças incuráveis, vencer o desafio da qualidade de vida, tudo isto e muito mais, tem feito parte da incansável vontade de se melhorar a saúde. Mas, de fato, o que é saúde?

Embora possa, *a priori*, parecer um pergunta tola ou mesmo sem propósito, essa é, com certeza, uma questão crucial e por dois bons motivos (que estão imbricados): primeiro, porque a resposta indica posições marcantes a respeito da compreensão do fenômeno e, conseqüentemente, da tomada de decisões. Segundo, porque permite pensar os limites do conceito em relação à realidade.

Dentro dessa perspectiva, o primeiro motivo rompe com o processo de naturalização que acompanha o entendimento do que é saúde. De acordo com Czeresnia (1999), a saúde pública foi formada em articulação com a medicina e essa a partir da efetiva utilização do conhecimento científico e, mais especificamente, das ciências positivas. Assim, o discurso científico adotado pelas práticas médicas ou de saúde foram circunscritos por conceitos objetivos, não de saúde, mas de doença (Czeresnia, 1999; Coelho & Almeida Filho, 2002). O conceito de doença, por sua vez, foi construído a partir de uma redução do corpo humano, considerando os aspectos morfológicos e funcionais definidos pela anatomia e

¹ Membros da Comissão Científica do GTT1 "Saúde"/CBCE, na gestão 2001-2003

fisiologia. É nesse sentido, que surge uma primeira crença de que saúde pode ser expressada como ausência de doenças.

Embora, seja possível aceitar que as descobertas anatômicas e fisiológicas tenham ocorrido muito antes do positivismo, é importante lembrar que a ciência experimental teve um grande desenvolvimento durante os séculos XVII e XVIII na Inglaterra, possivelmente, devido à sua interação com uma filosofia de caráter empirista. William Harvey, considerado o pai da fisiologia e que descreveu o sistema circulatório, e Isaac Newton, o físico mais importante da época moderna, são alguns dos nomes que ilustram bem o desenvolvimento de tal época. O empirismo, por sua vez, influenciou o positivismo de Augusto Comte, no século XIX e o neopositivismo lógico do Círculo de Viena, no século XX (Marcondes, 2000). Considerando essa dimensão, os estudiosos, depois de Harvey, começaram a se ocupar dos problemas de anatomia e fisiologia considerando as questões de mecânica, física, química, etc. (Singer, 1996).

De fato, existem poucas discussões a respeito do conceito de saúde e uma dificuldade em abordá-la de forma a considerar os diferentes viéses que abarca. Para Coelho & Almeida Filho (2002), o fato não ocorre por acaso. Se por um lado a carência de estudos é relevante para tal posição, por outro, a pobreza conceitual pode advir da influência da indústria farmacêutica e da cultura da doença. Os interesses que as regem indicam ser vantajoso estabelecer o ditame de que saúde só pode ser obtida com a ausência de doenças.

Um dos principais autores, na epistemologia médica, que debruçou sobre a questão conceitual foi Georges Canguilhem. Seguindo seus ensinamentos (Canguilhem, 1995), a *“saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”* (p.159). Como o meio social comporta acontecimentos e instituições precárias, essa infidelidade é exatamente sua história, seu devir. Assim, saúde poderia se caracterizar por ser a possibilidade de agir e reagir, de adoecer e se recuperar. A doença, ao contrário, consistiria na *“redução da margem de tolerância às infidelidades do meio”* (p.160). Contudo, *“a doença não é uma variação da dimensão de saúde; ela é uma nova dimensão de vida. (...) A doença é ao mesmo tempo privação e reformulação”* (p.149). Além disso, este importante autor destaca as imprecisões da distinção entre o normal e o patológico. Apesar

da normalidade ser uma atribuição fundamentada nas análises estatísticas, é impreciso distinguir o ponto em que começa a doença. E, ressalta, que essa tarefa torna-se menos problemática quando se trata de uma norma individual, isto é, quando é o próprio indivíduo que é tomado como ponto de referência².

Outro aspecto relevante, diz respeito à “fabricação da doença”. Vários estudos apontam, hoje, para o processo de medicalização que, mesmo sendo capaz de ajudar os pacientes, também cria novos mercados para as drogas, o que nos leva a pensar e discutir o papel das indústrias farmacêuticas na definição de novas “desordens orgânicas” (Moynihan, 2003; Moynihan et al, 2002; Coyle, 2002; Pignarre, 1999; e, Lefèvre, 1991). Segundo Moynihan (2003), a criação da doença patrocinada pelas corporações farmacêuticas não é uma novidade: o mais recente e claro episódio a este respeito trata da fabricação da disfunção sexual feminina. O desenvolvimento e definição de novas categorias de doenças, de fato, envolve um mercado de bilhões de dólares.

De acordo com Moynihan (2003), desde o lançamento do sildenafil (Viagra) em 1998, mais de 17 milhões de homens tem recebido prescrições escritas para seu uso no tratamento da disfunção erétil e a Pfizer, laboratório fabricante da droga, reportou um total de vendas de US\$ 1,5 bilhões, em 2001. A construção, segundo o autor, de um mercado similar para drogas de uso entre as mulheres depende, no entanto, de uma clara definição do diagnóstico médico, com características mensuráveis para facilitar o julgamento clínico.

O mesmo pode ser questionado a respeito dos padrões de referência para a pressão arterial. Os valores atuais, aceitos como limiares da normalidade, podem passar a ser considerados elevados e valores mais baixos passariam a ser preconizados como limites normais. Embora, seja plausível concordar que valores menores de pressão arterial podem estar menos associados com sérios eventos cardiovasculares,

² “Se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. No entanto, isso não nos leva à continuidade de um normal e de um patológico idênticos em essência a uma relatividade da saúde e da doença bastante confusa para que se ignore onde termina a saúde e onde começa a doença. A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. (...) O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe”. (Canguilhem, 1995, p.145).

não se pode esquecer que a consensualização sobre a diminuição destes valores pode induzir ao uso sistemático de drogas específicas. Ora, obviamente esta padronização do “normal” não é feita sem interesses corporativos.

Lefèvre (1991) lembra que a saúde está sempre associada a bens de consumo que objetivam promover a própria saúde. Os medicamentos, os seguros-saúde, os alimentos especiais, os exercícios físicos etc. O autor, então, ressalta que a saúde é um produto à venda no mercado, através de suas mercadorias específicas. E aí, numa sociedade capitalista, baseada no mercado, a saúde só poderia ter sentido quando acoplada à doença, à morte, à dor, ao desprazer, à fraqueza, ou à feiúra. Para Lefèvre, são as condições negativas que, nessa sociedade, fazem a saúde existir, uma vez que a lógica mercantilista é a contraposição de tudo que é considerado negativo.

Cabe ressaltar, aqui, o significado da perspectiva biológica fortemente presente na compreensão do conceito “saúde”. O medicamento, ou qualquer outra fonte medicalizante de cura, só pode funcionar mediante o entendimento de que há em curso uma determinação biológica de causa e efeito. A própria noção de fatores de risco está atrelada a esta idéia. Em tal perspectiva, surgem análises reducionistas, as quais, por fim, levam à ação de “culpabilização” do indivíduo frente ao aparecimento de doenças que, em última instância, poderiam ter sido evitadas, ou ainda, à “naturalização” do processo de adoecimento.

Burnley (1998) lembra que, entre as teorias que buscam explicar as causas das doenças, a teoria do “estilo de vida”, congruente com a ideologia dominante de saúde, sugere que a prevenção é uma responsabilidade pessoal, cujo foco de intervenção se dará sobre o controle dos fatores de risco individuais. É, por exemplo, muito comum encontrar estudos sobre promoção de saúde que veiculam a importância de se focar as escolhas e responsabilidades pessoais (Powell et alii, 1991).

Outra noção bastante presente na compreensão da saúde é a de “bem-estar”. A própria conceituação de saúde oferecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a expressão e enuncia: *“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*

ou enfermidade” (Lewis, 1986, p.1100). Esta definição, no entanto, é uma forma implícita de indicar a impossibilidade de se alcançar tal meta, uma vez que esbarra com uma dificuldade de se atingir um “completo” bem-estar. Para Streeten (1986), num sentido mais amplo, “bem-estar” indica conforto e de modo mais restrito refere-se ao conforto e melhoria da coletividade além das rendas auferidas, já que é afetado por ações governamentais, das empresas privadas ou instituições assistenciais. Segundo o mesmo autor, é nesse sentido que o termo foi cunhado em expressão como “estado do bem-estar social” (*welfare state*).

Além disso, embora o conceito da OMS traga a marca do “social”, parece fazer, apenas, para incorporar uma das dimensões da vida humana, sem, no entanto, ressaltar seu caráter dinâmico e relevância para compreender o fenômeno de modo mais contundente.

De fato, a complexidade que abarca tal questão obriga a repensar tanto o conceito de saúde, como as intervenções que se dão no seu respectivo campo. Um movimento de ruptura apareceu na concepção de saúde apresentada no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde: *“saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”* (Minayo, 1992, p.10).

Ora, parece suficientemente claro que a saúde está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é, assim, uma experimentação do indivíduo.

Embora não tenha escrito sistematicamente a respeito da saúde, o filósofo alemão Friedrich Nietzsche ao ponderar sobre a saúde trouxe à tona questões morais, com frequência, associadas ao tema. É possível afirmar que a doença é para os homens um valor moral, uma norma construída a partir do ideal de verdade final e definitiva, deduzida das causas e efeitos. De fato, o artifício que a religião utilizou para tomar a alma humana foi o sentimento de culpa. O pecado é a má consciência (Palma, 2001).

Interessante notar que, sob o ponto de vista etimológico, o termo “*valere*”, da qual a palavra “valor” é

derivada, significa passar bem (Canguilhem, 1995). *Santé*, em francês e *sanidade*, em espanhol, bem como o adjetivo, em português, “são”, provêm do latim *sanus*, que denota puro, imaculado, correto, verdadeiro. O termo “são”, ainda aparece como sinônimo de santo. Não é de se espantar, então, que o doente seja culpado por sua doença, que “só é gordo quem quer”, ou cardíaco, diabético, etc. Encontrar a saúde é, antes, então, “reduzir esta tensão do sentir, esse fardo opressor da cultura” (Nietzsche, 2000).

O segundo motivo para provocar o debate sobre o conceito de saúde refere-se à importância de minimizar a simplificação que abrange o entendimento do senso comum sobre esse fenômeno. É possível entendê-lo de modo reducionista, tão somente, à luz dos pressupostos biológicos e das associações estatísticas presentes nos estudos epidemiológicos. Os problemas que daí decorrem são: a) o foco centra-se na doença; b) a culpabilização do indivíduo frente a sua própria doença; c) a crença na possibilidade de resolução do problema encerrando-se uma suposta causa, a qual recai no processo de medicalização; d) a naturalização da doença; e) e o ceticismo em relação a contribuição de diferentes saberes para auxiliar na compreensão dos fenômenos relacionados à saúde.

No caso do exercício físico e suas relações com o objeto central de nossas ponderações isto é flagrante. O indivíduo é sempre visto como aquele que não se dispõe a movimentar-se, a acabar com a preguiça. Há, ainda, a fé de que a atividade física pode acabar com o efeito danoso das doenças, muitas vezes representado ideologicamente pelas desordens cardiovasculares. Não raro se escuta, por exemplo, alguém comentando sobre um paciente cardíaco: “*como pode! Ele não fumava, fazia exercícios, era calmo...*”.

Ainda em relação aos exercícios há, também, amiúde, a desconsideração dos contextos sócio-econômicos e culturais, entre outros, por parte de quem insiste em tentar entender o fenômeno “saúde” de modo tão simples.

É evidente que estes “modos de olhar” não podem ser desprezados. No entanto, “saúde” é muito mais do que a ausência de doenças. Na verdade, a doença faz parte da vida e não se opõe à saúde. Como ensina Canguilhem (1995), a saúde se caracteriza pela possibilidade de adoecer e se

recuperar. Além disso, a saúde seria, em última análise, a expressão das formas de organização social da produção.

Nesse contexto, a prática da atividade física, longe de uma obrigação que o isente da culpa, deveria ser encarada como uma possibilidade prazerosa, de livre escolha. A educação física, desse modo, deveria atentar para tais aspectos e despertar os cidadãos, desde a mais jovem idade, sobre as possibilidades do movimento humano.

Entendemos que é importante considerar posições alternativas aos trabalhos biomédicos hegemônicos nos estudos sobre a saúde no campo da educação física. Sem desprezar os saberes provenientes do conhecimento biológico e sem tentar compreender os fenômenos de modo fragmentado, é saudável buscar interagir com outros campos, tais como: a saúde coletiva, a sociologia, a filosofia, a antropologia, etc. para avançar na perspectiva desejada.

Por outro lado, as práticas de promoção da saúde tendem a desconsiderar a distância entre o conceito de doença (isto é, a construção mental) e a experiência corporalmente vivida. Além disso, o conceito não pode substituir adequadamente algo mais complexo e, mesmo, a palavra, embora seja uma forma elaborada para expressar e comunicar, é insuficiente para abarcar a realidade em sua totalidade (Czeresnia, 1999).

2. SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE

a) Breve histórico

Segundo George Rosen, em *“Uma História da Saúde Pública”* (1994), ao longo da história humana, os principais problemas de saúde enfrentados sempre estiveram relacionados à vida comunitária. Várias evidências, de atividades ligadas à saúde coletiva, foram encontradas nas mais antigas civilizações. Banheiros, esgotos e abastecimento de água são freqüentemente encontrados nas construções escavadas, mesmo em civilizações bastante antigas.

Além disso, por muito tempo, as crenças e práticas religiosas avizinharam limpeza e religiosidade. Dessa forma, as comunidades procuravam se manter limpas para assegurar a pureza frente aos olhos dos deuses, mas não

por razões higiênicas.

Como a doença tem sempre afligido o homem desde muito tempo, uma vez que a enfermidade é inerente à vida, em todos os lugares e em diferentes épocas as distintas civilizações procuraram se esforçar para enfrentar essa realidade da melhor forma possível. Nesse sentido, as práticas de promoção de saúde, também se verificaram desde muito cedo na história da humanidade.

Ainda conforme Rosen (1994), os primeiros relatos mais evidentes acerca das doenças contagiosas estão presentes na literatura da Grécia clássica. Na época, as doenças eram atribuídas a processos naturais, onde o desequilíbrio entre o homem e o ambiente afetava a saúde. No livro hipocrático “*Ares, Águas e Lugares*”, evidenciava-se a importância da harmonia entre homem e ambiente. Aceitava-se, por exemplo, que as planícies encharcadas e as regiões pantanosas eram nocivas e acreditava-se que seria melhor erguer casas em áreas elevadas, aquecidas pelo sol, para que entrassem em contato com os ventos. As obras hipocráticas, contudo, prestavam especial atenção às doenças endêmicas³.

Interessante ressaltar, entretanto, que a medicina grega buscou algo além da cura dos doentes. Tão importante quanto a cura, 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, era a deusa da arte de estar saudável, entendida também como a moderação no viver ou a ordem natural das coisas (Almeida-Filho, 1999 e Restrepo, 2001a)⁴.

Apesar de conquistar o mundo mediterrâneo, Roma assumiu o legado da cultura grega e aceitou suas idéias sanitárias e de medicina. Coube, contudo, aos romanos

³ “Endêmicas” referem-se às doenças que têm presença contínua, enquanto “epidêmica” referem-se àquelas que têm sua presença aumentada em demasia.

⁴ Restrepo (2001a) destaca que, nos dias atuais, há uma supremacia do curativo e do desenvolvimento da biotecnologia, os quais geram marcantes desigualdades em saúde.

introduzir o mais bem organizado sistema de aquedutos e de suprimento de água (Rosen, 1994 e Restrepo, 2001a). Segundo Restrepo (2001a), Galeno, o mais famoso médico romano, foi o primeiro a declarar a existência de “pré-requisitos” à saúde: “liberdade de paixão e independência econômica”, sendo, inclusive, mais importantes que uma boa constituição física, uma vez que não seria possível alcançar uma vida saudável sem uma completa independência.

Durante a Idade Média, com o cristianismo em posição de grande supremacia, os problemas de saúde eram enfrentados em termos mágicos e religiosos. Além disso, a exaltação do espírito, como principal elemento da saúde, condicionou uma reação aos cuidados do corpo. Desse modo, os exercícios e dietas deixaram de ter importância e as ações religiosas tomaram força. Os maiores problemas de saúde pública, entretanto, foram resultado do crescimento das cidades, as quais eram incapazes de acomodar a população crescente. Assim, é desta época: o surgimento da concepção da quarentena para aqueles indivíduos que transitaram em locais suspeitos ou desconhecidos; a exclusão dos doentes graves, sem cura (por exemplo, leprosos) da cidade; e, a idéia da necessidade de assistência social, com a criação de hospitais, instituições beneficentes etc.) (Restrepo, 2001a e Rosen, 1994).

Entre os séculos XVI e XVIII iniciou-se o período moderno, no qual a Saúde Pública se desenvolveu como se conhece atualmente. É em tal fase, que se extingue a civilização medieval e ocorre uma transformação num mundo moderno. É um período marcado pelo conhecimento em bases científicas, onde a filosofia se desenvolve dentro de um caráter empirista. Nessa perspectiva, 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, respectivamente, considerados os pais da anatomia e fisiologia.

Numa era subsequente, que abrange parte dos séculos XVIII e XIX e, inclui os movimentos denominados Iluminismo⁵

⁵ O “Iluminismo”, ou Século das Luzes, foi um movimento cultural amplo característico da segunda metade do século XVIII. Abrangendo a filosofia, as artes, as ciências, a teoria política e a doutrina jurídica, refletiu um determinado contexto político-social. A noção de “Iluminismo”, como o próprio termo indica, é uma alusão à metáfora da luz e da claridade, em oposição ao obscurantismo, ignorância, superstição, enfim, às coisas que não estão claras. O propósito central das idéias iluministas era, deste modo, remover os obstáculos ao desenvolvimento dos homens através da ciência, do conhecimento e da educação. É neste sentido que surgiu o “projeto enciclopedista” de sintetizar, numa única obra, todo saber da humanidade e colocá-lo a serviço de todos (Marcondes, 2000).

e Revolução Industrial, o conhecimento científico era a base fundamental das ações em saúde pública. Chamou atenção, nesse momento, o considerável aumento das populações urbanas e o crescimento paralelo das condições de vida e trabalho insalubres⁶. Segundo Rosen (1994), é nesse momento histórico que Rudolf Virchow elaborou uma teoria segundo a qual a doença epidêmica seria uma manifestação de desajustamento social e cultural e John Snow realizou seu famoso trabalho “*Sobre a maneira de transmissão do cólera*”, o qual mostrou a correspondência entre o número de mortes em cada área e o grau de poluição da parte do rio Tâmis. Além dos referidos autores, não se pode esquecer da primorosa reflexão de Friedrich Engels, em “*A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*”, que mesmo não sendo da área de saúde, elaborou um estudo a respeito das condições de vida impostas aos trabalhadores, a partir da Revolução Industrial. A pertinência de suas análises e, obviamente não foi a única dentro deste viés, permitiu estudar com outros olhos a questão da saúde. Dessas perspectivas, foi possível empreender uma apreciação crítica, cujo foco não se concentra no sujeito, no biológico, ou nas causas e efeitos, mas, antes, na vulnerabilidade do coletivo e do indivíduo, nas contradições da sociedade, nas múltiplas relações que interagem com a saúde (Restrepo, 2001a e Almeida-Filho, 1999).

Restrepo (2001a) ressalta que esse é o período do nascimento da medicina social e dedica especial atenção a Virchow, considerado pela autora como o maior representante da época. Dentre os escritos de Virchow, Restrepo (2001a) destaca o capacidade de abranger as mais finas descobertas clínicas e patológicas, em conjunto com as análises antropológicas, sociológicas e epidemiológicas. De um modo geral, Virchow recomendava que as populações tivessem a mais completa e ilimitada democracia, ou, em outras palavras, educação, liberdade e prosperidade. O autor, desta forma, se atreveu a declarar que as causas da enfermidade e

⁶ Nesta época o lazer ocorria normalmente nos bares, através da bebida alcóolica. As visões contidas nas interpretações sobre os problemas de saúde eram, em sua maioria, reducionistas, que destacavam o caráter de culpabilidade do próprio doente e que perduram até os dias de hoje. Restrepo (2001a) 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 quê 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 (...)*”.

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 projeção do movimento dos médicos para o povo, porém sem a própria população participar ativamente como protagonista das ações.

Num momento mais próximo, considerado como a “Era Bacteriológica”, que se estende aproximadamente de 1875 a 1950, a grande descoberta em saúde foi a revelação do elemento específico causador das doenças. A descoberta de uma teoria microbiana da doença contou com a valiosa participação de pesquisadores como Louis Pasteur e Robert Koch, levou a criação de vacinas e proporcionou a erradicação virtual ou o controle de doenças comunicáveis. Por outro lado, houve uma alteração brusca na estrutura populacional, com o aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população.

De acordo com Restrepo (2001a), a história mais recente que antecedeu a renovação de princípios e a construção teórico-prática da Promoção de Saúde⁷, se iniciou com Henry Sigerist, já no século XX. Esse estudioso, que foi o primeiro a utilizar o termo “promoção da saúde”, concebia quatro funções à medicina: a) a promoção da saúde; b) a prevenção da enfermidade; c) a restauração do enfermo; d) a reabilitação. O programa de saúde, proposto por Sigerist, consistia em incentivar a educação para toda a população, incluindo aí: a educação em saúde; as melhorias nas condições de vida e trabalho da população; as melhorias nos meios de recreação e descanso; um sistema de saúde acessível a todos; e, a criação de centros médicos de investigação e capacitação.

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

⁷Para Sigerist *apud* Restrepo (2001a), a expressão “promoção da saúde” referia-se, por um lado, às ações baseadas na educação sanitária e, por outro, às ações do Estado para melhorar as condições de vida da população.

Pode-se destacar a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, no Canadá, em 1986, como um marco de referência à Promoção da Saúde. Organizada pela OMS, Associação Canadense de Saúde Pública e Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar do Canadá, reuniu inúmero delegados dos mais diferentes países e aprovou a Carta de Ottawa, considerado um dos documentos mais importantes no campo da promoção da saúde, uma vez que sedimentou suas bases doutrinárias e abriu caminho para passar do discurso para a ação (Restrepo, 2001b). Dentre os principais elementos do movimento pela promoção da saúde apontou-se: a) a integração da saúde como parte de políticas públicas; b) participação comunitária na gestão do sistema de saúde; c) reorientação dos sistemas de saúde; e, d) mudanças nos estilo de vida (Paim & Almeida-Filho, 2000 e Restrepo, 2001b).

Tal movimento tem suas raízes no Relatório Lalonde, elaborado em 1974 pelo Ministro da Saúde do Canadá, que trouxe consigo a idéia de “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos” e estabeleceu um modelo composto por quatro pontos: a) a biologia humana; b) o sistema de organização dos serviços; c) o ambiente, o qual envolve o social, o psicológico e o físico; e, d) o estilo de vida, que comporta os riscos ocupacionais, padrões de consumo, atividades de lazer etc., bem como, a Conferência Internacional sobre a atenção primária de saúde, realizada em Alma-Ata (1977), que idealizou o objetivo da “Saúde para todos até o ano 2000” (Paim & Almeida-Filho, 2000 e Restrepo, 2001b).

Outras declarações, documentos ou intervenções tiveram grande importância para o movimento da promoção da saúde: em 1989, o Grupo de Trabalho da OMS, que deu origem ao documento “Um chamado para a Ação”; a Conferência e Declaração de Santa Fé, em Bogotá-Colômbia 1992, com a participação de todos os países da América Latina, que reafirmou os princípios contidos na Carta de Ottawa e enfatizou a importância da Solidariedade e da Equidade; a Conferência e Declaração de Jakarta, 1997, considerada como a segunda grande conferência internacional sobre promoção de saúde; o “North Karelia Project”, posto em prática em 1972 na Finlândia, para estudar e intervir nas doenças cardiovasculares, cujo êxito foi amplamente difundido.

Contudo, o movimento pela promoção da saúde, fundamentado, essencialmente, na referência da Carta de Otawa, coincidiu cronologicamente com o dismantelamento das políticas de saúde e bem-estar, face ao recuo da social-democracia no continente europeu e que acabou por restringir o potencial de expansão do movimento mesmo nos países desenvolvidos.

Assim, lamentavelmente, a maior atenção foi e é dada às intervenções para mudanças de comportamento individual e pouco à estratégia política populacional, indicando a opção de modificação dos hábitos considerados de risco, tais como, fumar, sedentarismo, dieta etc. Assim, passou a assumir, muitas vezes, um papel “fascista” ao impor certos estilos de vida, além, de se converter num “imperialismo da saúde”, uma vez que se apodera do que é considerado positivo da vida. Outro argumento de crítica refere-se à “comercialização da saúde”, reconhecida em alguns trabalhos ditos de promoção, que, em última instância, buscam vender “saúde” e podem ser verificados nas ofertas de academias de ginástica, produtos alimentícios, seguros-saúde, etc. (Paim & Almeida-Filho, 2000 e Restrepo, 2001b).

b) Conceitos e definições

Muita confusão é feita na utilização dos termos “promoção da saúde”, “educação em saúde” e “prevenção da doença”. De acordo com Restrepo (2001b), a falta de entendimento ocorreu devido ao surgimento de duas correntes, cada qual privilegiando uma dimensão da promoção da saúde. Uma delas, localizada principalmente nos Estados Unidos, privilegiou as mudanças de comportamento ou estilos de vida, mediante intervenções mais individualizadas. Uma segunda, defendia uma ação sócio-política que envolvesse mais os atores sociais e transcendesse o setor saúde, a qual se localizava mais na Europa e Canadá.

A primeira compreensão fica bem clara com a definição estabelecida por Powell *et alii* (1991). Segundo os autores, promoção da saúde (PS) é a combinação de assistência educacional e ambiental, que encorajam comportamentos ou ações, as quais conduzem à saúde. Ela executa sua meta através da combinação de atividades planejadas para formar

um comportamento normal de indivíduos e populações. Ainda para tais autores, a PS passa pela escola que transmite as melhores escolhas pessoais e responsabilidades e, um ambiente social adequado. Contudo, Czeresnia (1999) lembra que a promoção da vida, em toda sua multiplicidade de dimensões, envolve medidas amplas, além da atenção à singularidade e autonomia dos sujeitos...E que estes sujeitos não podem ser responsabilizados por seus problemas de saúde.

De fato, a incapacidade de se compreender o sentido mais abrangente da PS e a dificuldade de superar os obstáculos sócio-políticos, resulta na relutância de se desenvolver e aplicar a promoção da saúde nos países em desenvolvimento.

Czeresnia (1999) ressalta que, tradicionalmente, a PS é definida mais amplamente do que a prevenção, uma vez que a primeira diz respeito as medidas que não estão direcionadas a uma dada doença ou desordem, mas, antes, que ajudam na melhoria geral da saúde e bem-estar. As estratégias da promoção, segundo a mesma autora, enfatizam mudanças nas condições de vida e de trabalho da população, que por sua vez, formam a estrutura dos problemas de saúde de uma sociedade.

Nessa dimensão, a idéia de PS constitui um campo de conhecimento e intervenção que incorpora um grande leque de áreas (já citadas anteriormente) e a própria comunidade interessada.

Restrepo (2001c) difere PS de prevenção da doença, assinalando que para a primeira, o foco direciona-se na consideração do saudável e destina-se mais à população, enquanto para a segunda, o escopo central está na doença e nos riscos que levam à doença e, se dirige principalmente ao indivíduo.

Um resumo apresentado por Restrepo (2001c) destaca a diferenciação entre essas duas expressões: a) os objetivos: a prevenção atua de modo primário, secundário ou terciário, de forma a reduzir os fatores de riscos e as enfermidades e, deste modo, proteger os indivíduos ou grupos. A promoção, de modo diferente, se destina a atuar sobre os determinantes da saúde e a criar alternativas saudáveis para a população; b) a quem se dirige as ações: na prevenção se destina aos indivíduos com a possibilidade de adoecer (primário), àqueles com elevado risco ou com a

manifestação subclínica da doença (secundário) ou aos que buscam prevenir-se de complicações e/ou da morte. Na promoção, as ações se dirigem à população em geral e às condições relacionadas à saúde. Assim, a PS é dirigida tanto às comunidades ou grupos de pessoas, quanto aos processos, condições e sistemas que requerem ser modificados; e, c) os modelos com os quais se implantam: na prevenção ocorrem na ênfase dada aos fatores de risco, às práticas clínicas preventivas e reabilitação. Na PS, os modelos abrangem os conteúdos sócio-políticos, ecológicos e sócio-culturais.

Czeresnia (1999) utiliza a definição de Leavell & Clarck e aponta que prevenção em saúde é a chamada para uma ação, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de evitar o progresso da mesma. As ações de prevenção são definidas, então, como uma intervenção direta contra a emergência de doenças específicas e, assim, reduzir sua incidência e prevalência.

O conceito de educação em saúde, por sua vez, é mais limitado e concerne: às informações sobre saúde; à recepção e compreensão das mensagens dos programas; à compreensão da saúde como um direito; à valorização de conhecimentos, práticas ou comportamentos saudáveis ou não; à problematização e facilitação de discussões; ao desenvolvimento da autonomia de pensamento; à reelaboração dos conhecimentos de modo a conformar valores, habilidades e práticas consideradas saudáveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. In: Rouquayrol, M.Z.; Almeida-Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi. p. 1-13, 1999.

BURNLEY, I.H. Inequalities in the transition of ischaemic heart disease mortality in new south wales, Australia, 1969-1994. *Social Science and Medicine*. 47(9): 1209-1222, 1998.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

COELHO, M.T.Á.D., ALMEIDA-FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 9(2): 315-333, 2002.

COYLE, S.L. Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. *Annals of Internal Medicine*. 136(5): 403-406, 2002.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(4): 701-709, 1999.

LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LEWIS, A. Saúde. In: Silva, B. (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p.1099-1101, 1986.

MARCONDES, D. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

MINAYO, M.C.S. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.

MOYNIHAN, R. The making of disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*. 326: 45-47, 2003.

MOYNIHAN, R.; HEATH, I. & HENRY, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*. 324: 886-891, 2002.

- NIETZSCHE, F. *Humano, demasiado humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 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. Saúde e ciência em Nietzsche: uma introdução para a educação física. *Motus Corporis*. 8(1): 9-21, 2001.
- PIGNARRE, P. *O que é o medicamento?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- POWELL, K.E.; KREUTER, M.W.; STEPHENS, T.; MARTI, B. & HEINEMANN, L. The dimensions of health promotion applied to physical activity. *Journal of Public Health Policy*. 12(4): 492-509, 1991.
- RESTREPO, H.E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. In: H.E. Restrepo & H. Málaga (Orgs.). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, p. 15-23, 2001a.
- RESTREPO, H.E. Conceptos y definiciones. In: H.E. Restrepo & H. Málaga (Orgs.). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, p. 24-33, 2001b.
- RESTREPO, H.E. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In: H.E. Restrepo & H. Málaga (Orgs.). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, p. 34-55, 2001c.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- SINGER, C. *Uma breve história da anatomia e fisiologia desde os gregos até Harvey*. Campinas: Editora da Unicamp, 1996.
- STREETEN, P. Bem-estar. In: Silva, B. (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p.118-119, 1986.

ANÁLISE SOBRE OS LIMITES DA INFERÊNCIA CAUSAL NO CONTEXTO INVESTIGATIVO SOBRE “EXERCÍCIO FÍSICO E SAÚDE”

Alexandre Palma;
Marcos Bagrichevsky
Adriana Estevão

*O Pintor Realista
'Natureza – fiel e completa!' Como pode chegar a isso?
Quando se conseguiu liquidar a natureza numa imagem?
Mais ínfima parcela do mundo é coisa infinita.
Dele só pinta o que lhe agrada.
E o que lhe agrada? O que sabe pintar!*
(Nietzsche, A Gaia Ciência)

I. INTRODUÇÃO

Uma das questões centrais da epidemiologia é o estudo das causas dos agravos à saúde. Para o conhecimento científico, a tarefa de identificar causalidades faz parte da estrutura explicativa, que busca estabelecer as origens dos fenômenos. Na medida em que a intervenção sobre uma causa poderia alterar o curso do efeito, desvendar essa mesma causa passa a ser, então, um procedimento eficaz para se alcançar maior saber específico sobre uma dada situação de saúde.

A história da saúde pública está repleta de exemplos que ressaltam a luta dos pesquisadores em descobrir as causas verdadeiras e específicas das doenças. De fato, num momento histórico, denominado por Rosen (1994) de “Era Bacteriológica”, a causalidade ganhou maior legitimidade com as descobertas de agentes específicos geradores das enfermidades. Pesquisadores como Louis Pasteur e Robert Koch foram capazes de identificar os organismos microscópicos responsáveis por inúmeras doenças infecciosas e, desse modo, propor sua erradicação ou controle, através de vacinas, medicamentos ou mesmo ações de pasteurização, anti-sepsia, etc.

Contudo, Czeresnia & Albuquerque (1995) ressaltam que o tratamento conceitual e metodológico da causalidade passou a operar pela quantificação do risco, o que significa dizer que o fator causador de certo fenômeno, em cada situação, sempre tem diferentes contribuições probabilísticas na geração do problema em foco. Além disso, Pereira (1995) também chama a atenção para as interpretações errôneas a respeito da correlação de eventos e o estabelecimento das relações causais.

Por outro lado, os estudos a respeito dos efeitos do exercício físico regular sobre a saúde, notadamente sobre a saúde cardiovascular, amparam-se nas relações determinísticas de causa e efeito (Paffenbarger, 1988; Paffenbarger, Hyde, Wing & Hsieh, 1986 e Paffenbarger & Lee, 2000)

O propósito do presente trabalho é, então, discutir a base de construção das inferências causais presentes nos estudos envolvendo exercícios físicos e saúde. Na apresentação do assunto serão tecidas considerações gerais sobre os conceitos fundamentais para estabelecimento da causalidade. Posteriormente, o debate estará centrado nos estudos sobre exercícios físicos e saúde e seus possíveis questionamentos, considerando a análise sobre as limitações de aspectos metodológicos. Por fim, algumas conclusões e sugestões serão traçadas com o intuito de fornecer uma “caixa de ferramentas” necessária ao pesquisador que investiga tal temática.

2. CONSIDERANDO ASPECTOS RELATIVOS À CAUSALIDADE

O que significa causalidade? De um modo geral, pode-se entendê-la como o relacionamento de um evento, condição ou característica que produz uma função essencial na ocorrência de um novo fenômeno. Para Luiz, Struchiner & Kale (2002), a causalidade é um conceito relativo e deve ser compreendido frente a outras alternativas. A noção de que “A” causa “B” também é estabelecida quanto a uma outra possibilidade, normalmente, a condição “não A”.

Um problema surge dessa proposição. O estabelecimento da causalidade, na pesquisa epidemiológica, apresenta algumas características que concorrem para

dificultar sua avaliação. A causalidade entre tabagismo e complicação cardiovascular é um bom exemplo, uma vez que, nem todos os fumantes manifestarão tal patologia e, ao mesmo tempo, é esperado que parte deles desenvolvam a doença. Nesse sentido, tem sido incorporado a noção de risco¹. A idéia é que se, de fato, o ato de fumar tem algum efeito sobre a saúde cardiovascular, então seria esperado encontrar maior risco de acontecimento da doença nos tabagistas (Luiz, Struchiner & Kale, 2002).

Considerando o exposto, o estudo da causalidade não se restringe a pesquisa dos fatores associados à ocorrência das enfermidades. Pereira (1995) menciona que a causalidade pode ser analisada sob duas diferentes categorias, embora ambas exijam o mesmo raciocínio científico e técnicas de investigação semelhantes: a) o estudo dos efeitos de determinados “fatores”, que podem ou não serem rotulados como “fatores de risco”; e, b) a investigação do impacto das “intervenções” que objetivam prevenir ou alterar a evolução do processo saúde-doença. Nessa perspectiva, tanto os fatores de risco como as intervenções são tratados genericamente como “exposição”.

2.1. Classificação das causas

As causas podem ser classificadas em diferentes tipos, em conformidade com algumas especificidades ou categorias. Um resumo dessas categorias hierarquizadas por Pereira (1995) são apresentadas a seguir:

A) Causas humanas e ambientais

Embora seja possível estabelecer uma separação entre causas “humanas” e “ambientais”, os agravos à saúde são, freqüentemente, estabelecidos a partir da interação entre ambas. Pereira (1995) exemplifica a presente situação com a etiologia da hipertensão arterial, afirmando que a interação entre predisposição genética e exposição ambiental faz parte da explicação da etiologia da doença, principalmente, quando esta etiologia é pouco conhecida.

¹ Note-se que “o risco é uma medida de associação estatística, incapaz de inferir diretamente na causalidade” (Czeresnia & Albuquerque, 1995, p. 416).

B) Causas predisponentes, desencadeadoras e agravantes

Considerando a contribuição de determinado fator no desenvolvimento do agravo à saúde é possível categorizá-lo. Desse modo, a causa predisponente refere-se àquelas que criam condições satisfatórias à ocorrência dos agravos. As causas desencadeadoras são aquelas que, de certo modo, são provocadoras dos problemas. As causas agravantes são conceituadas como aquelas que funcionam intensificando o problema. A idade, por exemplo, é um fator predisponente para vários agravos à saúde. Já a poluição ambiental pode desencadear diferentes episódios de doenças, enquanto, o estresse poderia funcionar como agravante, somente em certos casos. É bom lembrar, no entanto, que essa classificação não é imutável ou absoluta e depende da situação encontrada (Pereira, 1995).

C) Causa necessária e suficiente

A causa é “necessária” quando, forçosamente, sempre precede um efeito, isto é, ela é o fator principal sem o qual não há a doença. Para as doenças infecciosas a causa necessária é a presença do agente biológico, embora esse não seja suficiente para o desenvolvimento da doença. A contribuição de outros fatores explicam porque uma pessoa infectada pode desenvolver ou não uma doença. No caso das doenças não-infecciosas isso não é tão simples, uma vez que não existe uma causa essencialmente necessária. Sabe-se, por exemplo, que há muito mais sedentários do que casos de doenças cardiovasculares. Como nem todo sedentário desenvolve tal condição patológica, é sensato concluir que existem outros fatores necessários a sua ocorrência. Pereira (1995) explica que em relação a um grande número de doenças crônico-degenerativas, até o momento atual do conhecimento, os fatores já detectados no complexo causal não são considerados nem necessários, nem suficientes, mas antes tratados como “causas contribuintes” ou “fatores de risco”.

2.2. Associação e Causalidade

As expressões “associação” e “causalidade”, embora pareçam ser sinônimos, não possuem tal correspondência. A associação refere-se à relação estatística (ou correlação) entre

dois ou mais eventos, na qual pode ou não existir relação causal entre esses eventos. Pode-se, por exemplo, estabelecer associações estatísticas, mas não de causalidade, entre a quantidade de cabelos brancos e a mortalidade por doenças cardiovasculares.

A causalidade, ou relação de causa e efeito, no entanto, exige que a presença de um evento contribua para a manifestação de outro. Caso se estude a relação entre o hábito de fumar e a presença da doença cardiovascular, será verificado que a doença será mais prevalente entre os fumantes e que, quanto mais se fuma, maiores são as chances de adoecer. Estabelece-se, assim, uma associação não só estatística, mas de causalidade.

2.3. Determinação da causalidade

Para que haja determinação da causalidade, onde um agravo à saúde é afetado por diferentes fatores, é necessário “tentar neutralizar” os efeitos desses outros fatores. A primeira etapa de tal processo refere-se às determinações estatísticas, as quais podem esclarecer as associações entre dois eventos. Contudo, é possível encontrar associações estatísticas devido ao fator acaso, no estabelecimento do “alfa” como critério de resultado, ou ainda, em função do viés metodológico (viés de seleção, aferição e confundimento), resultando na presença de resultados falsos (erro tipo I e erro tipo II)².

Para tentar escapar do acaso, uma segunda etapa, que se refere a existência de algum viés metodológico, deve, obrigatoriamente, ser averiguada. Assim, Pereira (1995) explica a necessidade de se atentar ao: a) “viés de seleção”, uma vez que as frequências dos eventos devem resultar de estudos populacionais conduzidos, de forma que todos os subgrupos existentes na comunidade estejam devidamente representados; b) “viés de aferição”, na medida em que há, sistematicamente, erros de observação e medições na área da saúde. Frequentemente, as estatísticas de mortalidade e morbidade, divulgadas pelos governos, contém valores falseados. Do mesmo modo, alguns métodos podem mostrar-

² O erro tipo I ocorre caso se rejeite uma hipótese nula quando a mesma é verdadeira. O erro tipo II dar-se-á caso aceite-se uma hipótese nula quando a mesma é falsa (Thomas & Nelson, 2002).

se inadequados para realçar determinados aspectos; e, c) “viés de confundimento” ou “confusão de variáveis”, o qual pode ocorrer quando um resultado pode ser imputado a outro fator que foi desconsiderado ao longo do estudo. É necessário, então, que o pesquisador julgue quais variáveis poderiam “confundir” o resultado final da pesquisa e tente anulá-las. Características demográficas diferentes, tais como sexo, faixa etária, condição sócio-econômica são alguns exemplos.

Por fim, numa última etapa, o pesquisador, a partir dos critérios de julgamento desenvolvidos, estabelecerá a evidência da causalidade da associação.

Obviamente, neste percurso, a construção da causalidade deve conter outros atributos. Luiz, Struchiner & Kale (2002) destacam os postulados de Hill, que propôs vários critérios a serem considerados no estabelecimento da associação causal. São eles: a) força da associação, uma vez que uma “alta correlação” entre dois (ou mais) fatores parece ter mais chance de ser causal que uma associação fraca; b) consistência, a qual se refere à repetição dos achados em diferentes populações; c) especificidade, onde uma causa é denominada de específica para um determinado efeito, quando a introdução desta causa é acompanhada da ocorrência do efeito subsequente e sua remoção implica a não-ocorrência do fenômeno em questão; d) temporalidade, aqui os autores ressaltam que como a causa deve necessariamente preceder o efeito, os estudos seccionais e retrospectivos carecem desta evidência, o que dificulta uma atribuição de causalidade; e) gradiente biológico, o qual refere-se ao comportamento relacionado à curva dose-resposta, onde observa-se o crescimento do efeito, à medida em que aumenta o nível de exposição³; f) plausibilidade, já que a relação causa e efeito hipotetizada pode ser aceita mediante ao conhecimento biológico existente, muito embora, às vezes, o próprio conhecimento biológico é descoberto mais tardiamente; g) coerência, o qual é satisfeito quando não há conflito com o

³ Czeresnia & Albuquerque (1995) fazem uma crítica importante a este critério destacando que se só a biologia é capaz de legitimar as associações estimadas, então, a noção de risco não tem autonomia e não significa um avanço em relação a noção de causa. Segundo as autoras, o raciocínio a partir dos fatores de risco ainda traz a força do pensamento causal. Além disso, argumentam que estes fatores de risco contribuem para responsabilizar os indivíduos pelo surgimento de suas doenças.

conhecimento da história natural e biologia da doença; h) evidência experimental, que reconhece o poder da experimentação na averiguação da causalidade, embora existam restrições éticas quando se envolvem seres vivos; e, i) analogia, o qual ocorre quando um caso similar já ocorreu anteriormente, ajudando, assim, a elucidar o problema.

2.4. O Método

Na investigação de um objeto, a aplicação de diferentes métodos gera informações que poderão ser incorporadas ao conhecimento já existente. Contudo, o conjunto de dados produzidos deverá ser interpretado considerando-se o modo como foram produzidos, isto é, para que se aceite as conclusões de uma investigação científica é preciso examinar detalhadamente as questões metodológicas pertinentes. São as questões de validade interna e externa (Pereira, 1995).

a) validade interna

Para Rouquayrol & Almeida Filho (1999, p. 555), a validade interna significa “a ausência de erros sistemáticos (vícios) ou aleatórios em um estudo. Quando a validade interna existe, os resultados na população em estudo representam a verdade na população-alvo”. Desse modo, é preciso assegurar, dentro da própria pesquisa, a adequação de detalhes técnicos, tais como, a capacidade de comparação dos grupos estudados, a precisão das técnicas adotadas, relevância dos indicadores empregados e controle de fatores intervenientes (Pereira, 1995).

Segundo Thomas & Nelson (2002), os estudos experimentais ou quase-experimentais podem ter sua validade interna ameaçada quando: algum evento não planejado ocorre ao longo do tratamento da pesquisa (história); o processo de envelhecimento ou maturação concorre para dificultar as interpretações dos resultados (maturação); a aplicação de uma primeira testagem tem influência sobre uma testagem posterior (testagem); o instrumento não dispõe de precisão para medir o que se pretende ou não é o melhor (instrumentação); a composição dos grupos não é formada aleatoriamente (tendência na seleção); e, a perda dos sujeitos durante o transcorrer da pesquisa, compromete a formação dos grupos (mortalidade). Para tentar controlar estas ameaças

os autores sugerem um procedimento adequado de aleatorização; a utilização de placebo, experimento cego e duplo-cego; além, é óbvio, da tentativa de se minimizar as ameaças anteriormente citadas.

b) validade externa

Segundo Rouquayrol & Almeida Filho (1999, p. 555), a validade externa expressa “a capacidade de generalização dos resultados de um estudo”. Nesse sentido, o controle da validade externa busca assegurar a extrapolação dos resultados, sob dois aspectos. O primeiro refere-se a extrapolação da amostra em relação à população da qual tal amostragem é proveniente. O êxito para tal extrapolação é, normalmente, dependente do estabelecimento da amostragem estatística, bem como, representatividade face à população estudada. O segundo aspecto tem relação com a extrapolação da população investigada para outras populações. Neste caso, pretende-se que os resultados encontrados em uma determinada população já estudada possam ser extrapolados para outra população não submetida ao estudo e, por isso, não dispõe de informações semelhantes (Pereira, 1995).

Thomas & Nelson (2002) destacam quatro ameaças à validade externa: efeitos reativos ou interativos da testagem, quando um pré-teste torna os sujeitos mais conscientes ou sensíveis ao tratamento; interação de tendência na seleção e tratamento experimental, quando o tratamento funciona apenas no grupo selecionado com uma determinada característica; efeitos reativos de arranjos experimentais, onde os tratamentos são efetivos em situações restritas (laboratórios, por exemplo) que diferem muito dos ambientes reais; e, interferência de tratamento múltiplo, que ocorre quando os sujeitos recebem vários tratamentos e seus efeitos podem se influenciar mutuamente.

c) hierarquia dos métodos

Para Pereira (1995) parece não haver muitas dúvidas quanto à seqüência hierárquica dos métodos. De um modo geral, pode-se estabelecer a seguinte hierarquia:

C.1) Estudo experimental do tipo “ensaio clínico randomizado”. É considerado o que apresenta melhores resultados, uma vez que evita as principais limitações encontradas nos outros métodos. Sua principal propriedade é formar grupos com características semelhantes antes do início da investigação, utilizar um grupo de controle e anular os fatores de confundimento. Nesse método parte-se da causa em direção ao efeito, isto é, o estudo funcionaria como um experimento onde os grupos estariam submetidos ao risco, porém um deles teria algum tipo de proteção. Após o tempo necessário do tratamento (normalmente meses), os grupos seriam reavaliados para que se detecte algum agravo à saúde. Por exemplo, na verificação do efeito protetor de uma vacina a amostra é dividida em dois grupos (o de estudo e o de controle). O primeiro recebe a vacina, enquanto o segundo recebe um placebo. Como os dois grupos estão expostos igualmente ao risco para uma determinada doença, procura-se observar se houve diferenças significativas no número de casos entre os dois grupos (Pereira, 1995).

C.2) Estudo de Coorte. Muito semelhante ao ensaio clínico randomizado, sua diferença consiste em haver distribuição aleatória da exposição. A formação dos grupos ocorre a partir de observações das situações reais ou por alocação arbitrária. Os estudos de coorte podem ser do tipo “prospectivo” (estudos de coortes concorrentes), de maior força, e do tipo “retrospectivo” (estudo de coorte histórico). O primeiro tipo parte da observação de grupos seguramente expostos ao risco de um determinado agravo à saúde, a qual busca-se verificar no futuro. No coorte histórico utiliza-se grupos já expostos ao fator de risco em potencial que se deseja estudar. Os registros sistemáticos ou os inquéritos sobre a exposição e o efeito são as medidas, freqüentemente, utilizadas. O principal problema deste tipo de estudo, segundo Almeida Filho & Rouquayrol (1999), refere-se à própria dinâmica das populações que, em muitos casos, impossibilita a observação dos coortes. Há, ainda, uma limitação em controlar efetivamente as variáveis de confundimento.

C.3) Estudo caso-controle. Embora semelhante ao coorte retrospectivo, o estudo de caso-controle parte da doença para a causa, ou seja, dado os efeitos (as doenças) busca-se encontrar suas possíveis causas. Assim, a seleção se

dá a partir de dois grupos (de doentes e não doentes) e seu propósito é identificar características que se apresentam de forma diferente nos dois grupos.

C.4) Estudo transversal. Também denominado de estudo seccional é, por vezes, encontrado sob a forma de *cross-sectional* e *survey*. Neste tipo de estudo, as causas e efeitos são revelados de modo simultâneo.

C.5) Estudo de caso. Que consiste num estudo aprofundado sobre uma situação única, confinado ao estudo de um indivíduo ou grupo muito pequeno.

3. EXERCÍCIOS FÍSICOS E SAÚDE: OS LIMITES DA INFERÊNCIA CAUSAL

A partir das considerações anteriores buscaremos evidenciar alguns limites da inferência causal, que se fazem presentes nos estudos envolvendo exercício físico e saúde. De fato, é possível encontrar um sem número de pesquisas que expõem uma associação de causalidade entre a prática de exercícios físicos e a ocorrência de doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, osteoporose, etc.

Contudo, a aceitação acrítica desses achados acaba por não colaborar com o avanço da ciência. Sem dúvida, parece existir uma lacuna, algo de incerto nos resultados dessas abordagens investigativas, os quais necessitam ser aprofundados. Se assim não fosse, não haveria razão em continuar investigando-os. Caso levantássemos, na base de dados *Medline*, a quantidade de artigos que tratam de atividade física e saúde, certamente, seria encontrado um aumento do número de estudos sobre essa temática, a cada ano. Tal situação é no mínimo curiosa e nos provoca a formular a seguinte indagação: se as relações estão bem estabelecidas porque elas continuar a ser estudadas, cada vez mais? Talvez, porque não estejam tão bem consolidadas, de fato.

Um primeiro ponto a considerar é levantado no artigo “*Exercício físico e saúde: da crítica prudente*”, de Carlos Magallanes Mira, também presente nesta coletânea. A questão abordada por tal autor é pontual: é o exercício físico que gera saúde, ou é a saúde que conduz ao exercício? Essa simples argumentação é, na verdade, fundamental para que se possa continuar na tentativa de se estabelecer a inferência causal.

Se a associação estatística está posta e se diferentes variáveis puderam ser controladas por poderosos métodos de investigação, parece claro que a correlação é uma relação causal, do tipo “A” causa “B”, já que onde há “A” há também “B”. Porém, a questão desse articulista é essencial, porque cria uma tensão que não pode ser respondida, ao menos pelos resultados estatísticos. Se onde há “A” há também “B”, por que não pensar que “B” causa “A”? Isto é, quem tem saúde é que procura realizar exercícios físicos. Essa é uma primeira dúvida que a epidemiologia ou a estatística não tem dado conta. Os famosos estudos de Paffenbarger (Paffenbarger, Hyde, Wing & Hsieh, 1986 e Paffenbarger & Lee, 2000), por exemplo, não podem resolver tal problemática.

Contudo, outra questão poderia ser elaborada a partir da primeira. Seria possível, através dos métodos conhecidos, resolver a questão inicial? A resposta é sim! Como citado anteriormente, o método epidemiológico que apresenta os melhores resultados é o estudo experimental do tipo “ensaio clínico randomizado”. Poder-se-ia, hipoteticamente, formar dois grupos de adolescentes, por exemplo, com características semelhantes (gênero, condições sócio-econômicas, hábitos alimentares, outros hábitos dito saudáveis, etc.). Um desses grupos, no entanto, iria se diferenciar praticando exercícios físicos ao longo da vida, enquanto o outro permaneceria sedentário⁴. Após várias décadas poder-se-ia verificar com maior exatidão a influência que os exercícios físicos provocam sobre a saúde. Contudo, uma pesquisa de tal perfil não poderia ser conduzida por óbvios motivos éticos.

Um terceiro aspecto refere-se à subjetividade presente em todo e qualquer estudo. Fortemente criticada pelo pensamento racionalista, a subjetividade todavia está estritamente presente nos trabalhos epidemiológicos. A escolha dos modelos de análise, o modo de seleção da amostra, os instrumentos e procedimentos de medidas, a compreensão do processo biológico, a assunção das variáveis importantes e

⁴ Carlos Magallanes Mira, em seu artigo, também discorre sobre uma pesquisa imaginária e cita, obviamente sem ser possível, o uso de um placebo da atividade física.

possibilidades de controle, o recolhimento de alguns dados em detrimento a outros, etc., recaem, necessariamente, sobre decisões do pesquisador que dependem de sua técnica e experiência, mas também, na sua fé em acreditar que determinado modelo é o mais adequado. Czeresnia & Albuquerque (1995) destacam, então, que esse processo de escolha é subjetivo e sujeito a erros. Além disso, as autoras esclarecem que a não explicitação da subjetividade torna-se muito mais perigosa, já que ela acaba sendo considerada como “neutra”. Na pesquisa em que encontram que o nível de aptidão física está associado à mortalidade em homens noruegueses, Sandvik, Erikssen, Thaulow, Erikssen, Mundal & Rodahl (1993) comentam, ao final, da precariedade de seleção dos vieses ou da descrição inadequada dos procedimentos de seleção presentes em importantes estudos. Outra investigação, dirigida por Schriger (2001), debate a seleção dos métodos e suas conclusões.

Um outro ponto diz respeito à “transmissão” das doenças crônico-degenerativas. Czeresnia & Albuquerque (1995) questionam, por exemplo, se os problemas considerados “não transmissíveis” não são, ao contrário, “transmitidos” através da relação entre os seres humanos e desses com a natureza. Ao se pensar assim, as dimensões sócio-econômicas e culturais deveriam ser trabalhadas dentro da interpretação dos resultados dos modelos epidemiológicos. Questionar sobre o porquê da distribuição desigual das doenças numa sociedade e não sobre a etiologia dos casos altera, sensivelmente, o curso das análises. Calcado nessa perspectiva, é interessante verificar os estudos de Kaplan, Lazarus, Cohen & Leu (1991), que demonstram como os níveis de atividade física são dependentes de fatores psicossociais e demográficos, ou de Stahl, Rütten, Nutbeam, Bauman, Kannas, Abel, Lüschen, Rodriguez, Vinck & van der Zee (2001), os quais mostram que a variação entre os diferentes países estudados foram fortes preditores à prática de atividade física.

A física quântica trouxe à tona as relações de incerteza para expressar que os conceitos utilizados pela mecânica newtoniana não adequavam à natureza de maneira exata. Se

na mecânica newtoniana é possível aferir a posição e a velocidade do elétron, simultaneamente, na mecânica quântica isto não é possível. De fato, em nível microscópico, qualquer tentativa de observação acaba por interferir sobre o objeto estudado. Mesmo no mais preciso dos aparelhos, quando o pesquisador o aproxima com suas “lentes”, altera as características da estrutura microscópica analisada (Heisenberg, 1999 e Prigogine & Stengers, 1997). Para o presente debate, esses ensinamentos mostram que sempre é possível haver algum tipo de interferência quando os olhares do pesquisador dirigem-se aos sujeitos da pesquisa, principalmente, porque tratam de seres humanos e não de átomos.

É das ciências naturais, também, a noção de irreversibilidade do tempo. De acordo com o *status* do conhecimento científico alcançado até o presente momento, a “flecha do tempo”, de fato, desloca-se numa única direção e sentido. Na natureza esse processo de irreversibilidade pode ser identificado em diferentes situações. Czeresnia & Albuquerque (1995) destacam que em condições de laboratório, todavia, os fenômenos físicos poderiam ser inúmeras vezes repetidos a partir das mesmas condições iniciais, isto é, seria possível supor o tempo como reversível. As autoras lembram, ainda, que no caso dos fenômenos biológicos estudados através dos modelos epidemiológicos, as condições iniciais da experiência não se repetem. O tempo é irreversível e unidirecional.

Um sétimo aspecto refere-se à falta de consenso sobre o comportamento relacionado à curva dose-resposta encontrada nos estudos sobre exercício físico e saúde. Como explicado, anteriormente, Hill *apud* Luiz, Struchiner & Kale (2002) postulou, entre outros critérios a serem considerados, que a variação do efeito à medida que varia a possível causa é um indicador importante na construção da causalidade. Na revisão de estudos sobre exercício físico e saúde, porém, pode-se encontrar distintos resultados em referência à “dose-resposta”. Alguns trabalhos apontam para o exercício intenso como o que produz melhores efeitos (Sesso, Paffenbarger &

Lee, 2000), outros concluem que o exercício moderado pode ser o mais eficaz (Blair *et al*, 1993), ou ainda, que é necessário mais ou menos tempo de exercício. Num dos mais importantes estudos de Paffenbarger (Paffenbarger, Hyde, Wing & Hsieh, 1986), pode-se encontrar que o risco relativo de morte para todas as causas, considerando a quantidade de quilocalorias gasta por semana, é de 1,00 (<500 kcal/sem); 0,73 (1000 a 1499 kcal/sem); 0,62 (2000 a 2499 kcal/sem); 0,46 (3000 a 3499 kcal/sem); e, 0,62 (>3500 kcal/sem). Albert, Mittleman, Chae, Lee, Hennekens & Manson (2000) evidenciaram em seu trabalho que os exercícios físicos vigorosos podem, por um lado, proteger os indivíduos da doença cardíaca e, por outro, induzir à morte súbita por infarto do miocárdio. Assim, apontam para um paradoxo que o exercício pode criar e que torna seus efeitos complexos e até contraditórios. Parece, a partir das ponderações anteriores, que o postulado de Hill sobre a “dose-resposta” não está bem estabelecido.

Um último ponto a ser considerado em nosso ensaio trata dos interesses em jogo presentes na construção, produção e conclusões das pesquisas científicas⁵. Obviamente seria interessante um olhar neutro sobre o objeto a ser analisado. Contudo, é bem sabido que tanto no Brasil, quanto em quase todos os países do mundo, os pesquisadores estão inseridos numa dinâmica em que dependem de programas de bolsa de pesquisa; trabalham para empresas, como pesquisadores e/ou consultores; ou, ainda, vislumbram alcançar benefícios econômicos ou corporativos, a partir da produção intelectual de determinado conhecimento científico. Desse modo, é plausível admitirmos a premissa de que os resultados de algumas investigações poderiam não corresponder a realidade. Vários estudos têm debatido, atualmente, o processo de medicalização e de interesses corporativos em jogo que, mesmo podendo ser capaz de ajudar os pacientes em algumas situações, criam, por outro lado novos mercados, o que leva a refletir e discutir o papel das empresas privadas no apoio à

⁵ Questão semelhante foi abordada no artigo “*Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde*”, de Palma, Estevão e Bagrichevsky, presente neste livro.

pesquisa científica. Ressalta-se, no entanto, que o conflito de interesses pode ocorrer não só no domínio dos autores, mas também com os revisores de artigos científicos, nas ações governamentais, ou mesmo, na política de uma determinada editoração (Moynihan, 2003; Moynihan, Heath & Henry, 2002; Coyle, 2002; Wilkes, 2000; e, Palma & Mattos, 2001). Então, seguindo à luz dessa linha de raciocínio, acreditamos que talvez seja preciso “dar um freio” na aceitação imediata e acrítica das “verdades” e passar a refletir mais demoradamente sobre elas, sem contudo, desconsiderar os resultados anteriormente descobertos.

4. À GUIA DE REFLEXÕES

O presente trabalho buscou debater a construção e as limitações dos estudos sobre exercício físico e saúde. Longe de se tentar realçar um estilo de vida sedentário, ou mesmo, os benefícios que a prática de exercícios físicos pode alcançar, tentou-se, aqui, trazer à tona os limites da inferência causal que giram em torno da grande maioria dos estudos desse tema.

É possível perceber como a epidemiologia, ao menos nesse caso, se utiliza da razão do modo como esta foi, ao longo da história do conhecimento humano, tratada em consonância a certos princípios, regras ou leis consideradas fundamentais na garantia da atividade racional ou científica.

O princípio do “terceiro excluído”, proposto por Aristóteles, o qual adverte que algo deve ser, necessariamente, “A” ou “B” e não há uma terceira possibilidade (Chauí, 2001 e Omnès, 1996), rejeita qualquer outra alternativa para o fenômeno observado, além das escolhas possíveis de ser ou não ser. Do mesmo modo, a “navalha de Ockham”⁶ tenta supor para o real apenas a

⁶O famoso princípio elaborado por Guilherme de Ockham conhecido como “navalha de Ockham” explica: “*multiplicitas non ponenda sine necessitate*”, não suponha o múltiplo sem necessidade, ou seja, não se deve imaginar causas múltiplas onde uma só basta; deve-se tentar sempre manter um número mínimo de hipóteses; e, deve-se buscar precisar tanto quanto possível o campo de seu discurso (Omnès, 1996). A “navalha de Ockham” funcionou como um “princípio de economia”, o qual a teoria sobre o real deveria supor apenas a possibilidade de existência do mínimo necessário. (Marcondes, 2000).

possibilidade de existência do mínimo necessário, isto é, funcionando como um “princípio de economia”, ou ainda, a “matematização” dos fenômenos da natureza solidificada com as descobertas nas ciências naturais, foram, sem dúvida, fundamentais para a revolução científica.

Assim, parece ter havido a substituição de uma perspectiva instrumentalista, a qual sustentava que as teorias matemáticas eram hipotéticas e serviam para facilitar os cálculos e previsões, por uma atitude mais realista, onde as análises revelavam como os fenômenos deveriam ser, bem como a afirmação da certeza do conhecimento, uma vez que, se os cálculos funcionavam isso se devia ao fato da teoria proposta ser verdadeira. A ciência parece ter consolidado suas bases em tal caminho.

Além disso, a ciência amparou-se entre outros pressupostos, tais como a experimentação sob controle das variáveis intervenientes; a pretensa objetividade e neutralidade do observador; a certeza das descobertas científicas; a possibilidade de previsão de um efeito ou de determinação de uma causa, a partir da determinação causal; a generalização que se efetua sob a égide de leis universais; o aperfeiçoamento da linguagem como um traço marcante da história do conhecimento científico; a posição da ciência alheia ao contexto social; exclusão do homem como sujeito dotado de subjetividade⁷; a simplicidade em detrimento à complexidade; entre outros.

Calcados nesse conjunto de idéias, procuramos descortinar achados epidemiológicos, na tentativa de cotejá-los com abordagens presentes no campo investigativo da “atividade física e saúde”. Buscamos desvelar criticamente tais questões, por acreditar que as mesmas devem ser consideradas, incluídas e exploradas em futuras pesquisas pertinentes à temática, tanto por pesquisadores e docentes, quanto por acadêmicos e profissionais da área da educação física, na tentativa de enriquecer qualitativamente o mérito das discussões.

⁷ Aqui cabe uma citação de Prigogine & Stengers (1997; p.61) a respeito da exclusão do homem: “Quando, no fim do século XIX, o físico alemão Du Bois-Reymond fez do demônio de Laplace a encarnação da lógica da ciência moderna, acrescentou: ‘Ignorabimus’: ignoremos sempre e totalmente a relação entre o mundo que a nossa ciência torna transparente e o espírito que conhece, percebe e cria essa ciência”.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, C.M.; MITTLEMAN, M.A.; CHAE, C.U.; LEE, I.M.; HENNEKENS, C.H.; MANSON, J.E. Triggering of sudden death from cardiac causes by vigorous exertion. *The New England Journal of Medicine*. 343(19): 1355-1361, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Análise dos dados epidemiológicos. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.171-181.
- BLAIR et al. *Physical inactivity: workshop V*. *Circulation*. 88(3): 1402-1405, 1993.
- CHAUI, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2001.
- COYLE, S.L. Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. *Annals of Internal Medicine*. 136(5): 403-406, 2002.
- CZERESNIA, D.; ALBUQUERQUE, M.F.M. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*. 29(5): 415-423, 1995.
- HEISENBERG, W. *Física e filosofia*. Brasília: Editora UnB, 1999.
- HENRY, J. *A revolução científica e as origens da ciência moderna*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- KAPLAN, G.A.; LAZARUS, N.B.; COHEN, R.D.; LEU, D.J. Psychosocial factors in the natural history of physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*. 7(1): 12-17, 1991.
- LUIZ, R.R.; STRUCHINER, C.J.; KALE, P.L. Inferência causal. In: MEDRONHO, R.A. (Org.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 213-223.
- MARCONDES, D. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

MOYNIHAN, R. The making of disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal*. 326: 45-47, 2003.

MOYNIHAN, R.; HEATH, I.; HENRY, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*. 324: 886-891, 2002.

OMNÈS, R. *Filosofia da ciência contemporânea*. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

PAFFENBARGER, R.S. Contributions of epidemiology to exercise science and cardiovascular health. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 20(5): 426-438, 1988.

PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.T; WING, A.L; HSIEH, C.C. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *The New England Journal of Medicine*. 314(10): 605-613, 1986.

PAFFENBARGER, R.S.; LEE, I.M. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. *American Journal of Epidemiology*. 151(3): 293-299, 2000.

PALMA, A., MATTOS, U.A.O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 8(3): 567-590, 2001.

PEREIRA, MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *A nova aliança*. Brasília: Editora UnB, 1997.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora da Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANDVIK, L.; ERIKSSON, J.; THAULOW, E.; ERIKSSON, G.; MUNDAL, R.; RODAHL, K. Physical fitness a predictor of mortality among healthy, middle-aged norwegian men. *The New England Journal of Medicine*. 328(8): 533-537, 1993.

SCHRIGER, D.L. Analyzing the relationship of exercise and health: methods, assumptions, and limitations. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 33(6, Suppl.): S359-S363, 2001.

SESSO, H.D.; PAFFENBARGER, R.S.; LEE, I.M. *Physical activity and coronary heart disease in men: the Harvard Alumni Health Study*. *Circulation*. 102: 975-980, 2000.

STAHL, T.; RÜTTEN, A.; NUTBEAM, D.; BAUMAN, A.; KANNAS, L.; ABEL, T.; LÜSCHEN, G.; RODRIGUEZ, D.J.A.; VINCK, J.; VAN DER ZEE, J. The importance of the social environment for physically active lifestyle – results from an international study. *Social Science and Medicine*. 52(01): 01-10, 2001.

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

WILKES, M.S. Conflict, what conflict?. *Western Journal of Medicine*. 172: 6-8, 2000.

DESIGUALDADE SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA

William Waissmann

I – Desigualdades iniciais

Desigualdade social e atividade física. Por mais que possa parecer óbvio, pode não ser tão claro o que se pretende expressar com a associação destas duas expressões aparentemente simples e conhecidas. Em especial, pelo enfrentamento desses dois aspectos sempre presentes na vida humana, sempre pertencentes à atualidade dos povos. O espaço da vida humana em sociedade, sua constituição e a vivência coletiva sempre contiveram e revelaram *desigualdades* e não há vida sem *atividade física*. Mas findam aí as facilidades. Há um sem número de dimensões semânticas, de significados que cada uma delas pode representar, dependendo do olhar que se dê a elas, tanto seja a cada uma, em separado, como aos modos de se ver, as visadas, os focos a se dar às suas interações.

Há que se fugir, porém, de tentações simplistas, como a apelação de se realizar a associação entre *desigualdade social* e *atividade física* através, apenas, de um dos seus aspectos mais midiáticos, como por exemplo, a capacidade competitiva em especialidades esportivas específicas (foco comum, quase-panacéia às mazelas sociais para alguns e que será submetido, no correr do texto, a considerações críticas de conotação diversa das habituais).

Exatamente por todos esses aspectos tentar-se-á tipificar, recortar, demonstrar algumas *nuances* e conseqüências de seus significados em separado para, só

depois, então, iniciar-se a aproximação possível com o desafio que é falar de seus relacionamentos.

Não se visualiza como fugir desta perspectiva ao se confrontar com temática tão ampla, a ser enfrentada sob a luz da academia, sob o acalanto crítico mas, benfazejo, de um Colégio de Ciências, estimulador desta discussão.

2 – Desigualdade social

Iniciemos pela conotação de *desigualdade social*.

Na constituição de quaisquer sociedades, há diferenciações entre os indivíduos, dependentes de suas biologias pessoais, das ambiências (eco-bio-psico-sociais) em que vivem, de seus comportamentos (psicossociais) em relação a estas ambiências (suas adequações, temporo-espaciais) e dos modos de construção destas biologias, ambiências e comportamentos.

É de valia indispensável que se reconheçam essas diferenças. A existência de desigualdades se encontra na estrutura matriz, geradora da vida e das próprias sociedades.

Tampouco deve ser relegado a plano secundário reconhecer-se que foram as diferenças os eixos conformadores da rica natureza do vivo planeta em que coabitamos e de momentos inegáveis de nossas desigualdades. E, por adição necessária, há que se compreender que no nexos inaugural dessas diferenças, dos ricos e diversificados patrimônios biológicos e sociais está o “erro”. Entendido aqui, como no senso comum produtivo: reprodução inexata, para além do pré-admitido, de objetos, processos, sistemas.

Por diverso que seja dessa interpretação/representação tornada comum, a compreensão das diferenças da natureza biológica parece fazer mudar esse pretense sentido lógico e trazer à tona sua inversão: o “erro” é estruturante de toda a malha da vida. Funda as diferenças pois é da não reprodução exata, é da fuga ao modelo padronizado, que uma nova molécula de DNA produz o novo, o diferente que, seguindo a conceituação darwinista e suas adequações posteriores, foi capaz de engendrar as seqüências

de diferenciações temporais das espécies (“evolução”) e de localizá-las, muitas vezes, em grupos específicos, face à relativa pouca mobilidade que puderam ter por períodos de tempo consideráveis.

Ora, este “erro”, longe da conotação negativa que costuma lhe empregar a sociedade consumista, não representa exceção na reprodução da vida. A diversidade biológica, inclusive humana, nada tem de incomum. Pelo avesso, é, em si, a regra da preservação do vivo, e permite retratar a mutabilidade como quesito estruturante da vida.

Essa premissa não se finda, por conseqüência, na base molecular da produção e reprodução do vivo. Magnifica-se, em qualquer conjunto de seres vivos, mas parece atingir seu ápice nas múltiplas facetas da sociedade humana. A sofisticação das sociedades, erigida ao longo de milênios, produziu culturas, espaços, ecologias, psicologias e compreensões diferentes. A desigualdade, a diferença conformam bases, portanto, das sociedades. E é na convivência das diferenças e das similaridades entre indivíduos que se constroem os grupos sociais. Assim, cada indivíduo é parte do grupo, constrói o grupo. Mas o grupo é mais do que apenas a soma das propriedades de cada indivíduo. Como fica a “soma” destas diferenças e similaridades?

O grupo, ao se constituir enquanto um todo de indivíduos, tem propriedades pertencentes ao grupo, como um todo. Propriedades por vezes não existentes em cada indivíduo, mas que surgem a partir da existência do grupo. Propriedades que dependem de cada indivíduo, mas que só tem sentido ao se expressarem como propriedades do grupo. Existindo como propriedades do grupo, expressam suas diferenças e similaridades. (Morin, 1987).

Mas, fala-se, aqui, de qualquer diferença entre grupos? Isto é desigualdade social?

A resposta que assumimos é perigosa: SIM!! Entendemos que biologias, ambiências e comportamentos em que se conformam, habitam e relacionam grupos sociais não

se separam na constituição das desigualdades. São geradoras e auto-geradoras umas das outras. Da mesma forma, as propriedades desiguais do grupos sociais retroagem sobre os indivíduos e se reconstróem, retroalientam a cada momento (Maturana e Varela, 1995; Morin, 1987, 1996). Acabam por retratar histórias: do biológico, da ambiência, do poder e da socioeconomia, da discriminação e dos comportamentos etc. que se realizam em unísono.

Histórias que são representações do próprio construto social que fez surgir, para além da solidariedade esperada de uma espécie social, alicerces que têm se sustentado na competição, para muito além do que se poderia antever de jogos de disputa intra-espécie por sua preservação. Seu resultado tem representado o domínio, o poder e o jugo de humanos por humanos e a reconstrução permanente, o aprimoramento, a imposição e a maximização de desigualdades inter e intra-sociais de acesso a meios de subsistência, serviços, produtos, que podem, por fim, acabar por determinar a própria auto-limitação da espécie, de seu ambiente construído.

Falta-nos, ainda, entretanto, instrumental para dar conta de avaliar todas estas diferenças em conjunção (apesar de inúmeras tentativas). Mas há modos de mensuração de algumas características, de algumas propriedades de grupos, tidas como fundamentais. Não se deve relegar à segundo plano, entretanto, apesar de não ser a temática central deste texto, que os modos de “medir” essas características, suas desigualdades, também podem ser diferentes e obedecer a interesses diversos (desigualdades dos métodos, dos modelos teóricos que os sustentam, das ideologias que os norteiam etc.).

É, pois, a essas características, seja em sua totalidade (ou na presunção de sua possibilidade), ou a categorias que a compõem que se faz referência às desigualdades sociais. E é com base em algumas de suas possíveis identificações qualitativas ou quantitativas que serão demonstradas. Optou-se por alguns exemplos dessas características para o trato das *desigualdades sociais*: socioeconômicas (utilizando o exemplo brasileiro) e biológicas. A *atividade física*, sem que se fuja da

inerência de seus elos desiguais, será retratada pensando-se nas interações entre o trabalho, na promoção da saúde (inclusão sanitária-solidária X inclusão midiática-competitiva) e nas necessidades energéticas da vida de relação.

2.1 – Desigualdades socioeconômicas

Meirelles (1991) mostra que são muitas as definições de produtividade. Em geral, referem-se a quocientes quantitativos entre frutos da produção e os custos embutidos para sua produção ou o tempo de trabalho humano diretamente envolvido em sua produção. Ressalta que o conteúdo da produção, seu sentido teórico, a compreensão dos modos e dos envoltivos inter-relacionados para o cômputo da produtividade não são valorizados neeses modos de quantificar e, mesmo qualificar produtividade, como se desnecessário fôsse serem explicitados. Ao questionar estas abordagens, que reforçam a aceitação dos sistemas de produção como sendo verdadeiras “caixas-pretas”, inacessíveis ao conhecimento, e que mensuram grandezas pré-determinadas (listadas como entradas e saídas) do sistema produtivo, traça retrato esclarecedor. Em seus dizeres:

- Conceituam-se fatores que descrevem produtividade, e produtividade passa a ser o que é descrito a partir dos fatores escolhidos. Como consequência, estas reduções podem favorecer a implantação de processos de produção cujos valores de indicadores de produtividade sejam julgados interessantes a partir de sua aceitação, a priori, de tais ou quais fatores. (Meirelles, 1991, p. 30).

Essa tautologia denunciada por Meirelles (1991) retrata nítido sentido de encobrimento de realidades que certos indicadores podem conter. No caso da produtividade associada a uma sociedade, por exemplo, se julgados apenas certos fatores escolhidos e não compreendidos em suas inte-relações com toda a dinâmica social, podem-se obter resultados que refletem determinados modos pré-concebidos de se classificar a realidade social.

Melhor seria, talvez, na compreensão da “produtividade” de uma sociedade, na comparação de distintos

momentos seus, que se pudesse verificar como se sua “rentabilidade social” (Furtado, 2002), cujos indicadores traduzissem, grosso modo, as relações entre todos os valores de uso resultantes de todos os processos de produção e todo o trabalho socialmente necessário à sua realização [adaptando-se, neste conceito, a concepção marxista de produtividade do trabalho socialmente necessário (Marx, 1975)] . A rentabilidade refletiria as benesses ou não engendradas pelas políticas e realizações gerais da sociedade em função de todo o trabalho e custo social envolvido e não apenas do que se pretende visível por modelagem acrítica. Indiscutível é a dificuldade de tal empreitada. Mas convém recordar que dela não se furtaram organizações internacionais, como a própria Organização das Nações Unidas (ONU), ao criarem índices que tentam demonstrar desde a desigualdade de “desenvolvimento social” entre os países (como o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH), municípios ou regiões (como o Índice de Desenvolvimento Humano Aplicado a Municípios – IDH-M - e o Índice de Condições de Vida – ICV -) até aquelas relacionadas à distribuição de renda, propriedade territorial etc.

Por melhor que possa ser a intenção na constituição de tais índices, é importante, entretanto, retornando ao alerta de Meirelles (1991), que não se deixe de compreender sua constituição e suas condições geradoras, em especial as não explícitas em sua leitura crua, para sua adequada valoração.

Esses alertas são de especial importância na leitura do momento brasileiro no cenário internacional e das desigualdades socioeconômicas internas que apresenta, tendo em vista que a visualização primeira se dá a partir dos indicadores gerais de fonte específica, no caso, governamental (IBGE, 2000).

2.1.1 – Alguns indicadores socioeconômicos e o retrato da desigualdade – constituição e crítica

Os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), Municipal de Desenvolvimento Humano (IDH-M) e de

Condições de Vida (ICV) são indicadores que quantificam as desigualdades de desenvolvimento humano existentes entre países, estados, municípios ou mesmo entre bairros.

O IDH, utilizado pela ONU, é um indicador do nível de atendimento das necessidades humanas básicas. A metodologia de cálculo do IDH envolve a medição de índices de longevidade, educação e renda, que variam entre 0 (pior) e 1 (melhor). A combinação destes índices, ponderados igualmente, gera um indicador que os sintetiza. Leva-se em conta: taxa de alfabetização de adultos; taxa de escolaridade bruta combinada; Produto Interno Bruto (PIB) per capita; Índice de esperança de vida; Índice da educação; e Índice do PIB.

Os critérios utilizados pela ONU para classificar os países, de acordo com o IDH, são:

- $0 \leq \text{IDH} < 0,5$ Baixo Desenvolvimento Humano
- $0,5 \leq \text{IDH} < 0,8$ Médio Desenvolvimento Humano
- $0,8 \leq \text{IDH} \leq 1$ Alto Desenvolvimento Humano

De acordo com esse critério, o IDH brasileiro, mensurado em 1998, seria de 0,747, o que classificaria o país como de médio desenvolvimento humano, situando-se, naquela data, na 74ª posição entre os países do mundo, com valor igual ao da Arábia Saudita.

O IDH brasileiro estaria, ainda, em contínua ascensão, desde 1975 (0,639), até 1998, conforme a tabela 1, utilizada conforme editado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2000).

Tabela 1 – IDH para o Brasil 1975/1998

ANO	1975	1980	1985	1990	1997	1998
IDH	0,639	0,674	0,687	0,706	0,739	0,747

Fonte: Relatório de Desenvolvimento Humano 2000 (IBGE, 2000)

De fato, as estatísticas realizadas pelo IBGE (IBGE, 2000) confirmam esta ascensão. O PIB brasileiro é de mais

de 4.000 dólares anuais, ultrapassando, no Distrito Federal, os 10.000 dólares.

Houve, também, inegável aumento da longevidade da população brasileira. A percentagem da população com 60 ou mais anos aumentou em todas as regiões do Brasil. No Brasil como um todo, de 7,9% em 1992, esta faixa etária passou a corresponder a 9,1% da população, em 1999, sendo o menor valor encontrado na região Norte (6,1%) e o maior no Sudeste (10,0%).

No que tange à educação, com exceção da Região Norte (12,0% - 11,6%)¹, houve queda considerável do analfabetismo em todas as demais regiões do Brasil, entre 1992 e 1999, e as taxas de escolarização de pessoas de 5 a 24 anos aumentaram consideravelmente, de 53,9% para 70,9%, em todas as faixas etárias analisadas.

Ocorre, não aceitando os modelos “caixa-preta” já denunciados, que o IDH reflete, como já anunciado, características quantitativas relacionadas a três objetos principais: renda (mas não sua distribuição pelos vários estratos populacionais), educação (mas não sua real efetividade) e longevidade. Nesse sentido, a análise de Leite (2003) sobre a ascensão do IDH brasileiro é, além de eloqüente, esclarecedora:

... O aumento desse índice se deve sobretudo a um de seus componentes, a escolaridade, que é responsabilidade de Estados e municípios, não da União. Além disso, a política de promoção compulsória do aluno, imposta pelo MEC, contabiliza alunos que são propulsionados automaticamente pela burocracia, não a melhoria ou a ampliação do ensino, o que desqualifica o conceito de escolaridade para o Brasil. Da mesma forma, a redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida são, em sua maior medida, responsabilidade e cosequência de administrações estaduais e municipais. Prova disso é o fato de que essas melhorias ocorrem em medidas bastante variadas em diferentes Estados e municípios. Além do mais, certa

¹ Em todo o texto, quando houver dois percentuais entre parênteses, separados por hífen, é por representarem, em seqüência, valores relativos aos anos de 1992 e 1999

melhoria deveria ocorrer vegetativamente, como consequência da evolução tecnológica na área da saúde e do aumento da circulação de informação na mídia, o que pouco ou nada teve a ver com o governo federal. ... (Leite, 2003, p. A3)

De modo complementar às observações de Leite (2003), sobretudo quanto à efetividade real do aumento das taxas de escolaridade e redução do analfabetismo, há que se demonstrar que estes indicadores nacionais encobrem uma característica principal da sociedade brasileira, sua imensa desigualdade socioeconômica, por certo a de maior relevância mundial, se tomados vários parâmetros em conjunto.

Essa desigualdade se manifesta nas mais variadas possibilidades de vida digna da população brasileira e se manifesta, em especial, em relação ao ambiente geográfico, raça ou cor e gênero. Nos dizeres de Besserman: “A marca maior de nossa sociedade é a desigualdade e a agenda da vida brasileira deve se concentrar sobre mecanismos de distribuição, não apenas de renda, mas de correção da desigualdade regional, entre homens e mulheres e entre brancos e negros” (IBGE, 2000).

Mesmo contemplando as críticas de Leite (2003), a demonstração do IDH calculado para os Estados brasileiros, em 1999, já é fonte inicial de demonstração do desequilíbrio socioeconômico regional brasileiro. Pode-se, com ele, subdividir o país em 3 grupos de Estados de acordo com o IDH (IBGE, 2000): IDH alto: Rio Grande do Sul, Distrito federal, São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso do Sul e Espírito Santo; IDH médio: Amazonas, Amapá, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, Roraima e Rondônia; e IDH baixo: Pará, Acre, Sergipe, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhão, Ceará, Piauí, Alagoas e Paraíba (Tocantins não havia sido classificado por falta de dados). A primeira grande divisão emerge claramente: todos os Estados do Sul e todos os Estados do Sudeste (exceto Minas Gerais) apresentaram IDH alto; e todos os Estados do Nordeste IDH baixo.

2.1.2 – Desigualdades na Renda e no Trabalho

Vários são os indicadores que costumam ser utilizados na verificação da distribuição de renda. É comum se estabelecer percentuais de participação na renda total de extratos populacionais de renda, por exemplo, a participação na renda total dos 50% mais ricos e/ou dos 10% mais pobres ou mesmo de se determinar razões entre estes percentuais de renda.

Um indicador que intenta sintetizar tais valores de distribuição percentual em um número absoluto, com fins de comparação é o índice de GINI, de largo uso internacional. O índice de Gini mede a distribuição de renda. Quanto mais próximo de 1, mais desigual é a distribuição da renda no local em que se mede. O que faz é investigar a população de um bairro, uma cidade, uma região, um país em relação aos seus ganhos. Em termos bem gerais, trata-se de dividir a população em quintos ou décimos, dos mais pobres para os mais ricos, encontrar a média de cada estrato, dividir pelo ganho médio de toda a população e aplicar os dados à fórmula específica. A visualização dos dados é simples mas sua explicação estatística exata é mais sofisticada e foge aos objetivos.

O Índice de Gini (IG) permite que se desmascare a posição alcançada pelo Brasil (74^a) no ranking do IDH ao catapultar o país para as piores posições, quando classificadas, de acordo com o IG (dados apresentados contidos, todos, em IBGE, 2000). Entre 150 nações, piores que o Brasil (0,60), com irrelevante mudança entre 1992 e 1999, só apareciam a República Centro-Africana e Suazilândia, com 0,61, e Serra Leoa, com 0,63. Todos os outros 150 países considerados no índice de desenvolvimento humano das Nações Unidas têm Gini menor que 0,60. E, infelizmente, os valores podem estar ainda piores, crescentes, como se deduz dos dizeres de Gonçalves (IBGE, 2000): “A massa de salários no Brasil está caindo mais do que a renda. Em 1999 caiu 5%, enquanto a renda brasileira caiu 0.7%”, o que pode representar, mesmo para um maior IDH, piora substantiva no IG.

Ao se comparar rendimentos das entre pobres e ricos, a desigualdade se expresa com clareza. O rendimento dos 1% mais ricos e dos 50% mais pobres são similares e pouco variaram em relação ao rendimento total da população, entre os anos de 1992 e 1999, para o Brasil como um todo. Esta é, sem dúvida, uma das demonstrações mais substantivas da desigualdade de renda da população brasileira e que se manteve inalterada. Um conjunto de dados estarrecedor é o que compara a renda dos 10% mais ricos da população com os 10% e os 40% mais pobres. Têm-se que os primeiros tinham renda média 53,48 vezes maior que os 10% mais pobres e 22,13 vezes que os 40% mais pobres da população, em 1999, com pouca variação em relação a 1992. Tais valores apresentam pouca diferença regional, com evolução considerável ocorrendo em Santa Catarina, que apresentou uma das melhoras mais significativas no quadro da desigualdade de renda. Neste Estado, a participação na renda total dos 50% mais pobres subiu de 16,7% para 17,2%, enquanto a do 1% mais rico caiu de 16,9% para 11,9%..

Deve ser destacada, ainda, a distribuição regional das famílias com crianças e que possuem rendimento familiar per capita muito baixo, até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (Tabelas 2 e 3). As diferenças encontradas entre as regiões limite (Nordeste, a pior, e Sudeste, a melhor) alcança valores próximos aos 40%. Enquanto na região metropolitana de São Paulo os valores, em 1999, atingiam, para famílias com crianças de 0 a 6 anos, 10,8%, e de 0 a 14 anos, 8,8%, entre todas as classes de renda familiar, os piores valores foram os do Piauí (62,6%) e do Maranhão (58,6%), respectivamente. Tais diferenças explicitam uma redução considerável de possibilidades aos Nordestinos, de uma maneira geral, desde a mais tenra idade, implicando em uma vida de dificuldades e escassez, não raramente acompanhada de problemas de saúde.

Tabela 2 - Famílias com crianças de 0 a 6 anos de idade, com rendimento mensal familiar per capita até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, segundo dados para todo o Brasil, Grandes Regiões, Estado do Piauí e Região Metropolitana de São Paulo – 1992/1999

Local	Ano	1992	1999
Brasil		40,1	31,2
Norte		44,8	34,0
Nordeste		60,3	54,3
Piauí		71,8	62,6
Sudeste		28,3	19,5
Região Metropolitana de São Paulo		17,3	10,8
Sul		30,8	22,5
Centro-Oeste		38,3	26,4

Fonte: Adaptado de IBGE, 2000 – Tabela 7.1 (Tabelas 1a e 1b)

Tabela 3 - Famílias com crianças de 0 a 14 anos de idade, com rendimento mensal familiar per capita até 1/2 salário mínimo, segundo dados para todo o Brasil, Grandes Regiões, Estado do Piauí e Região Metropolitana de São Paulo – 1992/1999.

Local	Ano	1992	1999
Brasil		35,7	27,7
Norte		40,2	30,6
Nordeste		56,7	50,2
Piauí		68,1 ^a	57,2
Maranhão		42,2	58,6 ^a
Sudeste		24,5	16,5
Região Metropolitana de São Paulo		14,9	8,8
Sul		26,4	19,8
Centro-Oeste		34,3	24,1

Fonte: Adaptado de IBGE, 2000 – Tabela 7.1 (Tabelas 1c e 1d)

Nota: ^a representa os maiores valores encontrados, em 1992, no Piauí, e em 1999, no Maranhão

A avaliação da taxas de atividade da população ocupada reforça as desigualdades regionais já demonstradas para a renda. No Nordeste encontram-se o maior percentual de trabalhadores não remunerados (16,8% - 16,9%) e o menor de empregadores privados (36% - 33,8%), sem que haja destaque para o empregador público, de natureza civil ou militar. Inversamente, os melhores valores para os mesmos quesitos encontram-se no Sudeste: trabalhadores não remunerados (5,0% - 4,2%) e empregadores privados (54,5% - 52,7%).

Em relação às taxas de atividade quanto aos gêneros ou quanto à educação formal, pouco mudou no país entre 1992 e 1999. Permanecem, entretanto, as importantes

diferenças entre os gêneros, com percentuais de taxa de atividade 25 a 30% maiores para homens. Quanto à educação, ela é facilitadora à atividade. Esta relaciona-se diretamente ao anos de estudo. A taxa de atividade foi em torno de 25% maior naqueles com 12 ou mais anos de estudo do que naqueles com menos de 4 anos de instrução.

O trabalho doméstico, paradigma da informalidade do trabalho no Brasil apresentou certa melhora entre 1992 e 1999. Havia, em 1992, 82,4% de trabalhadores domésticos sem carteira assinada, valor que sofreu melhora para 74,9% em 1999. Em termos regionais, os piores valores foram encontrados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (94,7% - 93,2%; 92% - 86,1%; 91,0% - 83,1%, respectivamente, para os anos de 1992 e 1999.). Houve Estados, como Roraima e Amapá, em que, em 1992, em 100% dos domicílios estudados os trabalhadores domésticos não possuíam carteira assinada. Mesmo os melhores valores Macro-Regionais, os do Sudeste (23,4% - 32,1% de trabalhadores com carteira assinada), apesar de melhores do que os prévios, parecem denotar a permanência da prática de “semi-servidão”, de subtração de direitos comumente relacionada ao trabalho doméstico no espaço brasileiro.

São sérias as desigualdades quanto à renda e ao trabalho. O Nordeste apresenta, num computo geral, as piores taxas e o Sudeste ou, por vezes, o Sul, as melhores. É gravíssima a concentração de renda no Brasil, talvez o mais importante fator de exclusão de grande parte da população brasileira da plena vivência social.

2.1.3 – Algumas desigualdades na saúde e nas condições sanitárias gerais

Optou-se por não apresentar as conhecidas diferenças no acesso a serviços de saúde e a mecanismos de promoção da saúde, alguns, inclusive, por falta de dados. Escolheu-se, como atestado exemplar das diferenças regionais encontradas a “taxa de mortalidade infantil” e a cobertura

percentual no abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo.

A face mais horrenda da desigualdade se mostra na mortalidade de crianças, em sua maioria evitáveis, fruto, em sua maioria do descaso e do próprio processo de acumulação que se reproduz em escala regional.

Com exceção do Nordeste, há relativa homogeneidade entre os Estados de uma mesma região. No Nordeste encontram-se as maiores variações inter-estados. Os piores valores do Brasil são os de Alagoas, mesmo com a importante melhora observada no Estado (88,7 – 66,1). A melhor taxa do Nordeste para o ano de 1999, a do Piauí (45,3), é pior do que a de qualquer outro Estado, de qualquer região, que não do próprio Nordeste. Os melhores valores encontram-se no Rio Grande do Sul, tanto em 1992 como em 1999, quando se alcançou valores abaixo de 20/1000 nascidos vivos.

De acordo com os dados do IBGE (2000), houve melhora (53,8% - 62,3%), entre os anos de 1992 e 1999, no abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo urbano nas residências urbanas brasileiras, mantendo-se, porém, extremamente elevada a desigualdade na cobertura destes parâmetros em função da renda domiciliar per capita. A cobertura, em 1999, era de pouco mais de 1/3 dos domicílios permanentes em que a renda per capita situava-se até ½ salário mínimo mas chegava a quase 90% para aqueles de renda per capita maior do que 5 salários mínimos. Entre os dois extremos, nos dois anos comparados, há um gradiente crescente de cobertura, de acordo com o aumento de renda, com a desigualdade entre os estratos de renda sofrendo pouca modificação entre os anos observados.

É muito grande, porém, a desigualdade observada entre as regiões brasileiras. As regiões melhor servidas são a Sudeste (75,2% - 85,5%) e a Sul (45,3% - 53,5%). As piores são a Norte (13,1 % - 13,6 %), com pouca evolução na cobertura; Nordeste (23,4% - 32,5%); e Centro-Oeste, com (34,7 % - 40,5%), esta com o Estado onde se encontra a pior cobertura (7,1% - 9,8%), Mato Grosso do Sul. As as

menores diferenças entre as classes de renda se encontra no Sudeste e as maiores diferenças encontram-se no Norte onde, além de ter havido pequena queda de cobertura para todas as classes (e ligeira elevação para os mais pobres), mesmo para os de maior renda a cobertura é baixa (43,6% e 32,5%).

2.1.4 – Desigualdade selecionada na educação: o analfabetismo funcional

Analfabetismo funcional para o IBGE (2000) corresponde à população de 15 ou mais anos de idade que não tenha 4 ou mais anos de estudo. Mesmo havendo melhora, mantém-se o pior indicador, por região, para o Nordeste (32,7% – 26,6%), onde pode-se, entretanto, encontrar melhores valores em regiões metropolitanas, como é o caso de Salvador (7,6%). Piauí, que era o Estado com o pior indicador em 1992 (36,8%, com 31,6% em 1999), foi suplantado, na taxa de analfabetismo, em 1999, por Alagoas (35,8%, em 1992, e 32,8%, em 1999). As regiões com melhores indicadores no período foram Sul e Sudeste que possuíam ambas, em 1999, taxas de 7,8%.

Teria havido melhora tanto para áreas urbanas como rurais, entretanto, a desigualdade no analfabetismo entre áreas urbanas e rurais manteve-se alarmante. O valor médio para áreas urbanas, em 1999, foi de 9,7%, e para áreas rurais de 29,0%, excluídas do estudo as populações rurais da região Norte. As regiões metropolitanas de Rio de Janeiro e Porto Alegre apresentaram os melhores resultados do país, atingindo taxas de 4,5% e 4,0%, respectivamente. A distribuição do analfabetismo por gênero, para o Brasil como um todo, mostrou distribuição homogênea entre homens e mulheres, sendo algo maior entre mulheres nas regiões de melhores resultados, como Sul e Sudeste, e maior entre homens no Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

2.1.5 – Desigualdades em função da raça ou cor

A disparidade entre brancos, negros e pardos permaneceu inalterada nos anos 90. Negros e pardos tiveram mais acesso à escola, houve queda na taxa de analfabetismo e melhora da renda familiar. Porém, mesmo quando estudam

mais, negros e pardos têm mais dificuldade de elevar sua renda. Para cada ano de estudo a mais, os brancos têm sua renda elevada em 1,25 salário mínimo. Já a renda dos negros e pardos cresce 0,53 salário.

A taxa de analfabetismo é quase três vezes maior e a proporção de média de anos de estudo e rendimento per capita é quase duas vezes menor entre negros e pardos do que entre brancos (1999).

Como já visto, inter-relacionam-se educação, trabalho, renda e condições de sobrevivência. As desigualdades entre regiões, gêneros e raças ou cores fazem com que se reproduza a própria desigualdade num ciclo vicioso que há que se romper para melhoria das condições de vida da população brasileira.

3 – Desigualdades biológicas

Sua possibilidade é quase infinita entre grupos sociais. Ao mesmo tempo, é imensa nossa ignorância sobre as diferenças étnicas e suas interferências com a biologia das populações.

É certo que variações genéticas na história, comuns entre grupos étnicos, puderam representar, mesmo no curso de patologias, possibilidades maiores de sobrevivência. Muitas vezes, casos não fatais de uma patologia podem propiciar maior sobrevida. É o caso das alterações hemáticas na anemia falciforme, na África, e a relativa proteção que conferem contra a malária.

Mas outros exemplos comuns, diretamente relacionados às ciências relacionadas ao estudo da atividade física, podem ser fornecidos, sem que se retorne às explicações da inter-dependência entre as relações eco-bio-psico-sociais. Dar-se-á destaque, ainda que sintético, à distribuição de fibras musculares e a polimorfismos de complexos oxidativos enzimáticos, estes podendo refletir capacidade diferenciada de metabolização de compostos entre

grupos étnicos, tópico de especial interesse para as inter-relações entre contaminações ambientais, ocupacionais, alimentação e atividade física.

3.1 – POLIMORFISMO DE FIBRAS MUSCULARES - Tipo I e Tipo II

As fibras musculares estriadas dos tipos I e II podem ser encontradas na maioria dos músculos. Diferem em suas estruturas e bioquímica e sua predominância em indivíduos ou grupos étnicos responde a determinismos genéticos, fator ainda pouco estudado no Brasil. Em atletas, é comum que as células do tipo I sejam preponderantes em atletas de provas de resistência e as do tipo II em velocistas (McArdle e cols., 2001).

É, entretanto, possível mutar-se células do tipo II em células do tipo I através do treinamento de resistência (McArdle e cols., 2001). Esta capacidade de modificação é encontrada em células musculares diversas, como por exemplo, células musculares lisas da camada média arterial que podem alterar sua tipificação fenotípica predominantemente contrátil para secretora, fenômeno observado na aterogênese (Waissmann, 1993).

As principais diferenças encontradas entre os dois tipos celulares são encontradas na tabela 4.

Tabela 4 – Diferenciação entre as fibras musculares estriadas dos tipos I e II, de acordo com características fisiológicas e bioquímicas

Tipo I	Tipo II
Alta concentração de mitocôndrias para o metabolismo aeróbico (alta dependência da cadeia respiratória para a produção de ATP)	Pobres em mitocôndrias (ricas em glicogênio e dependentes da glicólise para a produção de ATP)
Alta concentração de mioglobina para estoque e transporte de O ₂	Baixa concentração de mioglobina
Relativamente resistente à fadiga	Baixa resistência à fadiga pela produção de lactato durante a glicólise
Baixas concentrações de enzimas glicolíticas usadas para o metabolismo anaeróbico	Alta concentração de ATP e enzimas glicolíticas
Ativada por neurônios de diâmetros pequeno e de condução mais lenta do impulso nervoso	Ativada por neurônios de diâmetro e velocidade de condução maiores. Taxa de encurtamento 3 a 5 vezes mais rápida do que a do Tipo I
Dominante nos músculos que dependem de movimentos sustentados, p. ex., os responsáveis pela postura	Dominante nos músculos utilizados para movimentos rápidos.

Fonte: McArdle e cols., 2001.

A importância destes dados enquanto interferentes nas atividades laborais realizadas no Brasil, na inter-relação entre gasto energético, estado nutricional e de saúde, na miscigenação entre estes fatores em conjunto e características dos vários grupos étnicos brasileiros está por ser determinada. Sua relevância na geração de desigualdades, afora aquelas do campo desportivo, também merece ser estudada.

3.2 – POLIMORFISMO ENZIMÁTICO

Cada indivíduo tem seu conjunto específico de enzimas. Mas este seu conjunto não necessita ser idêntico, em todos os seus compostos ou capacidades de reação, no conjunto de indivíduos de um mesmo grupo social. A esta diferenciação entre enzimas ou complexos enzimáticos, pretensamente iguais, entre indivíduos ou grupos dá-se o nome de polimorfismo enzimático.

Temos, pois, uma propriedade, um polimorfismo enzimático, à qual só se cabe falar em termos de conjunto (há que haver mais de um para se tipificar diferenças), que apresenta características diferentes entre grupos. Há *desigualdade social*. Mutações nos genes que as produzem

podem alterar tais enzimas e suas susceptibilidades a substratos e a própria produção de proteínas.

Pode-se, assim, compreender que um determinado grupo étnico, até pela consanguinidade, apresente maior chance de similaridades que outro e possua um padrão geral semelhante de enzimas, atuantes em um conjunto particular de reações, que o diferenciem de outro grupo social. São possíveis, deste modo, a existência de similaridades intra-étnias e importantes diferenças inter-étnicas.

Algumas enzimas que podem sofrer tais conseqüências estão envolvidas na biossíntese e metabolismo de hormônios esteroidais, ácidos biliares, vitaminas lipossolúveis, ácidos graxos, susceptibilidade maior a cânceres de indução ambiental e ao efeito tóxico, inclusive o estado nutricional (dioxinas e outros organoclorados, por exemplo) etc.

Há bons estudos nacionais, por exemplo, sobre polimorfismo do complexo enzimático P450, em especial relacionados à susceptibilidade a cânceres (Hatagima, 2002). Demonstram diferenças genotípicas entre etnias, assim como fenotípicas. Por certo, inclusive pelo extenso comprometimento das enzimas desse complexo na produção de quase todos os hormônios esteroidais (inclusive os glico e mineralocorticóides), as diferenças específicas deste complexo enzimático entre grupos étnicos é de grande importância na possibilidade de realização de atividades físicas.

Do mesmo modo que para as fibras musculares, há carência de estudos que integrem as instâncias socioeconômicas e biológicas na compreensão da gênese de desigualdades. É importante que se ressalte que não se pretende excluir a preponderância da estruturação sociopolítica na gênese de desigualdades, muito menos naturalizar diferenças.

A intenção é, assumidamente, porém, alertar para a urgência sempre presente do reconhecimento de diversidades, em todas as instâncias, para que se dê o alento

e se gerem possibilidades e alternativas que façam florescer os indivíduos e as sociedades no convívio com suas diferenças.

4 – Atividade Física (Desigual)

Convém estabelecer a base conceitual do que se expressa. Assim, deve ficar claro que não se intenta tratar atividade física como sinônimo de esporte, de aprendizado prático sobre o competir, nem ao menos como modo de realização de sonhos estéticos. Há motivos para que se rejeite tal abordagem. Atividade física é aqui entendida como meio de relevância para a promoção do bem-estar e da saúde das coletividades, no que não se incluem práticas que sirvam como fator de amplificação de desigualdades.

Com este objetivo, há que se lembrar que não há como se compreender riscos de grupos sem que se conheçam perfis epidemiológicos populacionais, familiares e características pessoais que incorporem componentes relacionados a adições; ao trabalho e ao ambiente, e seus riscos; e a patologias presentes. E o que se conhece da população brasileira? Quanto são os estudos de prevalência de patologias que se mantém regularmente no Brasil? Quais deles inter-relacionam riscos cardiovasculares, contaminações ambientais, patologias infecciosas presentes mais comumente em ambientes específicos do país e tipificações étnicas regionais ou, mesmo, nacionais? As respostas a estas indagações são, infelizmente, “pouco”, “quase nada”, “nada” ou similares.

Faz-se essas afirmações com a convicção de que a política de maior prevalência, dominante no país, apresenta, dentre outras, duas (in)conseqüências quase naturais. Ao confundir atividade física com prática esportiva, tem-se induzido à busca de habilidades inatas, como se uma eugenia funcional verificável quando, nas aulas de “educação física” de colégios, muitas crianças, inclusive as que mais se beneficiariam com práticas adequadas de atividades físicas, ficam relegadas ao bancos de assistentes por não serem hábeis (algumas vezes por patologias) em esportes. Por outro lado e, associada à falta de adequação política ao ensino, da importância da atividade física desde a infância, o que se verifica, disseminado pelo país, é que a procura da atividade

física regular, mesmo quando sob orientação profissional adequada, continua se dando, prioritariamente, por motivações de ordem estética, muitas vezes ao largo da existência de impedimentos sanitários.

A questão pode não ser a estética em si. É lícito o desejo do bem-estar. Mas, o que se entende como bem-estar? E de que imagem estética se fala? As desigualdades tomam, aqui, novo rumo, o do caminho dos sistemas de controle dominantes que têm gerado, ao longo de décadas, valores estéticos de troca, modelagens de uso, de consumo corporal, alheias à necessidade sanitária. Adestramentos, via mídia, do que se deve desejar, como desejar e alcançar. O que está em questão é a manipulação dos desejos. Passou a ser desejo e isto está presente em boa parte da população não miserável, a própria transformação corporal em busca de modelos estéticos inalcançáveis.

Tem havido (é maleável o mercado), inclusive, a incorporação de modelos estéticos étnicos específicos, tentando disfarçar uma aparência de maior acessibilidade, mas que nada mais representam do que a construção de novos modelos, desejos a serem perseguidos.

É comum, portanto, a indução de equalização de diferenças. Não do respeito a elas. Mas do desrespeito às próprias especificidades individuais em busca de um corpo, de uma forma, de desenhos musculares diversos, como se num processo de aprendizado eficaz de aceitação da supremacia de padrões externos e, quase que subliminarmente, de justificação da perpetuação de desigualdades. E parece, mais uma vez infelizmente, que o Brasil é um campeão nessas buscas. A do adestramento de comportamentos na procura de ideais estéticos. A escravidão da eugenia auto-induzida promovida pelo mercado.

Guardando essas idéias, não há, entretanto, como fugir de debate, algo mais específico, da desigualdade na atividade física. A opção foi de fazê-lo, por breve que seja, no que concerne ao “trabalho” e ao “esporte”.

4.1 – Desigualdade nas atividades físicas laborais humanas

É princípio inegável o reconhecimento do trabalho como categoria central na compreensão das diferenças entre classes de renda, e/ou inter-étnicas, e/ou nas características de tarefas realizadas.

São desiguais as atividades físicas entre executivos e operários (intra e extra laborais), entre trabalhadores agrícolas sem-terra e latifundiários. Diferem, inclusive, as motivações e objetivos das atividades que realizam. São desiguais os serviços, os turnos, a extensão das jornadas, o repouso, a casa, a locomoção. Diferem, em geral, quanto ao acesso a sistemas de geração energética e de proteção familiar.

Mas as desigualdades no trabalho se misturam a desigualdades na alimentação, lazer, acesso a serviços de saúde, saúde, renda etc. As desigualdades assentam-se sobre grupos étnicos, entre grupos populacionais, sobre possibilidades genéticas diferenciadas, sobre uma população toda ela indígena, negra, branca, de várias etnias e culturas. Todos iguais na profunda diversidade genética e na desigualdade que sobre eles se assentam.

Como relacionar, deste modo, tantas variáveis à atividade física laboral? Todas findam por representar atividade física, e atividade física desigual. Desde os escravos da antiguidade, que correspondiam, por exemplo, a 80% do Império Romano, aos gladiadores, aos escravos negros do Brasil colônia e império, aos judeus nos campos da morte nazistas ou aos modernos escravos de canaviais e outros espaços produtivos brasileiros, a capacidade de realizar laboro de natureza física sempre pôde significar a diferença entre a vida e a morte. A genética, a nutrição, a capacidade de sobrevivência sempre se relacionaram à esperança do viver e à atividade física ligada ao trabalho. Suas diferenças, suas desigualdades impregnam a atividade física laboral humana por todos os lados.

É difícil, no Brasil de hoje, a compreensão das complexas interações entre as intensas desigualdades sociais e a atividade física laboral humana (também como ato social).

Cabe, porém, que se façam questionamentos estruturantes que permitam, como atratores, o delineio de caminhos à compreensão e, como consequência, à formulação de políticas e suas estratégias. Cita-se, como exercício exemplar: a) A deficiência de abastecimento de água impõe que se busque, por vezes, água à distância. Estamos diante de um exercício aeróbico protetor ou de sobrecarga em indivíduos desnutridos e que podem possuir, ainda, outras atividades que demandem esforço físico diuturno? Uma atividade se classifica por si mesma?; b) Entre as categorias profissionais (que podem representar diferentes grupos quanto à etnia, enzims e estado nutricional, como exemplo), são nítidas as diferenças do trabalho físico laboral. O trabalho de elevação sustentada de grandes massas, em turnos extras, por vezes noturno, em indivíduos com alimentação inadequada é protetor ou fator de agravamento à sua saúde? E atividade física laboral insignificante, associada à atividade extra-laboral sob supervisão, em executivos em horário de trabalho administrativo e com salários elevados, é protetora ou fator de risco à sua saúde? O componente de risco que trazem pode ser analisado isoladamente, não correspondem a uma clara tipificação das desigualdades socioeconômicas?; c) Atividades físicas repetitivas, com grupos musculares específicos, podem representar o prazer de um músico profissional ou o desprazer de realizar tarefas muito acima do suportável. Mas, em ambos os casos, podem redundar em lesões. Como incorporar mais esta qualidade de desigualdade: o prazer, o desejo, e como interpretá-lo à luz da imposição dos mercados.

4.2 – Esporte e desigualdade

O esporte de alta performance pode projetar um indivíduo de uma classe de renda baixa para outra bem mais elevada. Por certo, tal fato pode representar inclusão social para este indivíduo. Do mesmo modo, ser hábil ou ter sorte em outras atividades também pode fazê-lo. O que não se pode pretender é que se entenda tais atividades, em especial o esporte de competição, como linha mestra para sustentar políticas coletivas de inclusão social. Foge ao senso crítico.

A competição esportiva é, cada vez mais, o espaço

de escolha para que se realize o estímulo de venda de produtos. Os vendedores, os que emprestam seus nomes, corpos, credibilidades e saúde à venda dos produtos são os atletas vitoriosos. Vencer é necessidade no ramo para sustentar a superação da renda inferior. Mas mesmo campeões vivem à caça de patrocínio. A bandeira que levantam, após cada vitória, é a do patrocinador, que garante sua próxima competição e sua inclusão pessoal. E para garantir a vitória, mas não sua saúde. O doping, a manipulação de resultados a que se sujeitam, a dependência de performances sempre melhores, a submissão a horários incompatíveis com seus bem-estares não permite que se fuja a tais verdades. Mas quantos são esses vitoriosos? Poucos, muito poucos. Na realidade, pequeníssima fração desses ascendem. A poucos será possível a propalada ascensão social.

Pode-se imaginar o estímulo ao esporte como parte de políticas de atenuação de conflitos. Mas sua efetividade dependerá que se associe seus objetivos à solidariedade e não ao desejo do vencer e a qualquer custo (comum e festejado entre os campeões). É sempre conveniente lembrar que esta é a base da própria desigualdade socioeconômica: o retrato de supremacias, de vitórias em que há poucos vencedores e levas de derrotados.

Ao se assumir o estímulo ao esporte como política de inclusão social (e não a adequada prática de atividades físicas), mantidas as condições gerais, o que se acaba por realizar é, inicialmente, na melhor das hipóteses, crer num inexistente potencial de produção de comunidades de vitoriosos patrocinados. Na realidade, o que se fará é a procura, em massa, de hábeis e “promissores” em potencialidades que atendam ao “mercado”. E o que representa, eticamente, a busca de tipos musculares adequados, capacidades aeróbicas naturalmente magníficas, longilíneos corpos perfeitos ao salto, resistência adequada às corridas de fundo, pequenez estatural associada à ginástica olímpica, para serem usados como mercadoria de troca, como promessa de dias socialmente melhores? O respeito aos mercados que distorcem as possibilidades sociais em troca da manutenção destas distorções? Uma busca eugênica? É no

reforço desta busca que se apoiará uma política de inclusão social?

Não se deve estimular o domínio do campo da competição esportiva. O que se evoca é, isto sim, a disseminação da possibilidade de prática de atividade física, extremamente desigual entre as classes socioeconômicas, adequada a cada um e promotora da saúde (Waissman, 1993). É esta inclusão, sanitária, solidária, que se entende como estruturante, como agente de ruptura de desigualdades e não as ações eugênicas de políticas, que alguns pretendem propagandear, que o arroubo midiático faz crer como de inclusão. Incluem sim, mas de modo opaco, o cardápio de fundo, gerador da própria exclusão: competição; ascensão de pouquíssimos; busca incessante de muitos por um lugar ao sol (um exército de reserva em busca de uma eugenia produtiva esportiva); e redução, por atenuação, dos conflitos sociais.

Para finalizar, há de se recordar que um campeão olímpico brasileiro disse que falava com maior correção e redigia melhor em Inglês do que em Português, pois foi nos EUA onde teve a oportunidade de se “educar”, mesmo sendo campeão, antes de emigrar, pelas terras de cá.

REFERÊNCIAS

- Hatagima, A. Genetic polymorphisms and metabolism of endocrine disruptors in cancer susceptibility. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n.2, pp. 357-378, 2002.
- IBGE. Síntese de Indicadores do IBGE, 2000. ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Síntese_de_Indicadores_Sociais_2000/
- Furtado, C. *Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- Leite, R. C. de C. Fernando Henrique e a soprano careca. Coluna Tendências/Debates, *Folha de São Paulo*, página A3, , 19 de Janeiro de 2003.
- Marx, K. *O Capital*, V. I, 3ª ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1975.
- Maturana, H. R., Varela, F. J. *A árvore do conhecimento*. Campinas: Psy II, 1995.
- McArdle, W. D., Katch, F. I., Katch, V. L. *Exercise physiology energy, nutrition, and human performance*. New York: Lippincot, Williams, and Wilkins, 2001.
- Meirelles, L. A. *Miniaturização e redução da necessidade de trabalho*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, Departamento de Engenharia Elétrica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1991.
- Morin, E. *O Método I. A natureza da natureza*. Mira-Sintra: Europa-América, 1987.
- Morin, E. *O problema epistemológico da complexidade*. 2ª ed. Lisboa: Europa-América, 1996.
- Waissmann, W. *O trabalho na gênese da doença isquêmica do coração*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

“QUEM VIVE MAIS, MORRE MENOS?” ESTILO DE RISCO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Luis David Castiel

Inegavelmente, não somos mais os mesmos diante dos efeitos não só materiais como simbólicos, originários das realizações da biotecnologia. Basta lembrar, em termos gerais, as transformações societárias decorrentes da clonagem de mamíferos, da disponibilização de novos fármacos e de intervenções minimizadoras das marcas da passagem do tempo sobre nossos corpos. As tecnobiociências apresentam um traço unificador constituído pelo quadro de referência tecnológico e biocientífico onde a pesquisa e manipulação do ADN recombinante se instaura como eixo nuclear de investigação e desenvolvimento de técnicas e produtos elaborados a partir de e/ou dirigidos para organismos vivos, com as mais variadas finalidades.

Sem dúvida, há situações em que isto se evidencia com maior intensidade (vide os diagnósticos genéticos para determinados distúrbios, como a coreia de Huntington, a distrofia muscular Duchenne, fibrose cística). Mas, também, há circunstâncias onde fatores incontroláveis participam dos processos de atualização (a gênese e o desenvolvimento de doenças de etiologia multifária e imprevisível, como as colagenoses, por exemplo).

Aqui, é útil uma incursão no terreno dos dicionários. As origens das palavras ‘saúde’ e ‘doença’ oferecem curiosas perspectivas. Conforme Ferreira (1999), ‘saúde’ se origina do latim *salute*, ou seja, ‘salvação’, ‘conservação da vida’. Um termo afim – ‘são’ – apresenta, além dos sentidos mais conhecidos, ‘sadio’ e equivalentes [em certo sentido, a expressão ‘são e salvo’ é uma redundância], interessantes acepções não-biológicas e morais. Por exemplo: “diz-se do objeto sem quebra ou defeito”, ‘reto’, ‘íntegro’; ‘razoável’, ‘moderado’. Também, ‘puro’, ‘impoluto’, ‘imaculado’ e, ainda, ‘verdadeiro’ e ‘sincero’.

O termo ‘doença’ provém do latim *dolentia*, com os

sentidos conhecidos de *falta de ou perturbação da saúde* e idéias equivalentes. Há outras acepções figuradas e regionalismos: ‘tarefa difícil’ (por extensão ‘parto’, em Minas Gerais); ‘mania’, ‘vício’, ‘defeito’. *Dolentia* também dá origem à ‘dolência’ – ‘mágoa’, ‘lástima’, ‘dor’. Ou seja, aspectos relativos à manifestações de ordem subjetiva referida a sensações/reações de mal-estar, incômodo, desagrado, desprazer.

O verbete ‘indolência’, por sua vez, indica ‘insensibilidade’, ‘apatia’; ‘negligência’, ‘desleixo’; ‘inércia’, ‘preguiça’. Estados que se caracterizariam pela ‘ausência’ da capacidade ativa de reagir e/ou da disposição de captar sensações. Como sabemos, o antônimo de doente não é ‘indoente’ (inexiste tal palavra...).

Sob o ponto de vista adjetivo, ‘indolente’ teria, além das acepções pejorativas mais conhecidas - ‘preguiçoso’, ‘negligente’, também, conotações ligadas à falta de energia, de capacidade de reação: ‘insensível’ (inclusive à dor); ‘sem atividade’, ‘inerte’. Já ‘dolente’ designa aquele que possui tal capacidade, mas para transparecer seu sofrimento, sua dor. Neste sentido, porta, ainda, os significados de ‘lastimoso’, ‘magoado’. Mas, o aspecto crucial é o fato da etimologia latina *dolentia* ter em comum *dolere*, ou seja, ‘doer’.

Diante destas constatações, alguns aspectos merecem reflexão. Em primeiro lugar, talvez de modo surpreendente, o estatuto ontológico subjetivo da dor se constitui em aspecto que provoca muitas discussões no âmbito das neurociências e da chamada filosofia da mente. Em outros termos, dores são sentidas por pessoas como eu. Então, é possível afirmar que epistemicamente, sim, a dor é um fato óbvio. Porém, a forma como a sinto é subjetiva. Então, as dores existem? É possível generalizá-las em termos de equivalência às dores que sinto com as dores dos outros seres humanos (Searle, 1998)? Este, por incrível que possa parecer, é um tema controverso no âmbito da filosofia da mente ao qual não pretendemos nos estender.

Em segundo lugar, a conhecida distinção da antropologia médica entre *disease* (doença-processo) e *illness* (doença-experiência) pode ser equiparada, pelos significados atribuídos, respectivamente, à doença e à dolência. Esta categorização reflete, de alguma maneira, as formas cindidas

pela cultura ocidental para lidar com as situações de dor. Haveria, assim, dimensões objetiváveis (sensório-motoras) e subjetivadas. Cada aspecto teria seus respectivos profissionais, práticas e tratamentos com graus distintos de legitimidade social e científica.

Ainda, a idéia de ‘promoção de saúde’ (PS) apresenta a potencialidade de veicular, mesmo implicitamente, posturas moralizantes de busca/manutenção de retidão, pureza, de evitação de máculas que corrompam o estado perfeito de saúde (voltaremos a isto) e o conceito de risco tal como produzido em parte considerável dos estudos epidemiológicos assume, notavelmente, esta função.

Plant e Rushworth (1998) chamam nossa atenção para um ponto relevante na pesquisa epidemiológica de fatores de risco e de desfechos de saúde (*health outcomes*). Ambos são produzidos a partir de categorias tais como: idade, sexo, grupo étnico, estado conjugal, aspectos sócio-econômicos, etc. Em certos casos, tais categorias não apresentam os mesmos níveis de ‘estabilidade’ em suas definições. Por exemplo: sexo (masculino, feminino) e estado conjugal. Percebe-se imediatamente que a primeira refere-se a um atributo individual de caráter biológico e a segunda demarca uma condição relacional, vinculada a aspectos psicológicos e sócio-culturais. Numa tentativa de incluir tais aspectos, vale assinalar que a categoria ‘sexo’ costuma ser adaptada para ‘gênero’ em estudos antropológico-sociológicos.

Há estudos que mostram os efeitos da perda do cônjuge gerar transtornos de várias ordens nos parceiros (Surtees e Wainwright, 1999). Mas, o fato de pessoas casadas, independentemente do sexo (evidentemente que não se tratam de relações sexuais) estarem sob efeitos de fatores de proteção para determinados desfechos de saúde não permite identificar claramente qual seria a origem desta proteção (para além de uma vaga idéia relativa à ‘segurança emocional’). Além de haver diferentes formas de ‘ser’ solteiro (celibatário ou não, por exemplo), viver com parceiros estáveis (coabitando ou não, com filhos ou não etc.) admite também múltiplas formas de interação. Cada relação possui particularidades, apresentando combinações próprias de tensões/conflitos e prazeres/satisfações, que variam ao longo do tempo de vida conjunta.

Portanto, o ‘estado conjugal’ se constitui bem mais em um representante (*proxy*) de algo mais complexo e instável do que tal condição permite concluir. Em geral, os epidemiologistas reconhecem tais limitações, mas nem sempre explicitam-nas. Obviamente classificar ‘conjugalidade’ como fator de risco ou proteção para agravos à saúde não sustenta a indicação de uniões entre indivíduos com correspondentes finalidades preventivas...

Em termos conceituais, o risco se constitui numa forma presente de descrever o futuro, sob o pressuposto de que se pode decidir qual o futuro desejável. Seguindo Luhmann (1998), “o conceito de risco considera uma diferença de tempo, isto é, a diferença entre o julgamento anterior e o julgamento posterior à ocorrência da perda. E se dirige à diretamente à esta diferença (...) [um] paradoxo da simultaneidade de visões opostas de tempo” (Luhmann, 1998:72). Paradoxo que, por sua vez, está também envolvido, em uma dimensão temporal. À medida em que o tempo passa, em cada momento, somente há um julgamento plausível.

O conceito de risco homogeneiza as contradições no presente, estabelecendo que só se pode administrar o risco (o futuro) de modo racional, ou seja, através da consideração criteriosa da probabilidade de ganhos e perdas, conforme decisões tomadas. Mesmo nesta perspectiva, digamos econométrica, para Sennett (1999:8), o risco se tornou “*desnorteante e deprimente*”, pois “(...) *falta matematicamente ao risco a qualidade de uma narrativa, em que um acontecimento leva ao seguinte e o condiciona*” (1999:97). O que são ganhos e perdas no terreno do viver/morrer humanos? Como pergunta Millor Fernandes (1997) em um inspirado *hai-kai*, com sua conhecida *verve*: “*Probleminhas terrenos: quem vive mais, morre menos?*”

Esta indagação ironiza agudamente a preocupação exacerbada com a procrastinação da morte e dos sinais de envelhecimento que o mundo ocidental persegue na atualidade, paradoxo cruel em uma época onde grupos populacionais atingem altos índices de longevidade. E, para isto, no dito senso comum, fuga dos riscos se tornou sinônimo de estilo de vida sadio (Forde, 1998), ‘pleno’ de temperança, prudência, gestão criteriosa/ponderada de riscos, quando estes não puderem ser sumariamente evitados...

Inegavelmente, as estimativas de risco produzidas pelos epidemiologistas transcendem aspectos intrínsecos à pertinência da construção técnico-metodológica e respectivas adequações na interpretação dos achados. É imprescindível considerar também correspondentes aspectos morais, políticos e culturais. Em especial, cabe destacar a interface com a mídia e a 'indústria da ansiedade' (Førde, 1998) – múltiplos riscos recebem atenção de programas de TV, de matérias de periódicos leigos e a consequente oferta de bens, produtos, serviços direcionados ao suposto controle/minimização de tais riscos.

Cabe, aqui, lembrar que as discussões sobre risco se estendem para além das abordagens estritamente quantitativas epidemiológicas. A noção 'risco' é multiforme - pode envolver aspectos: econômicos (desemprego, miséria), ambientais (diversos tipos de poluição), relativos a condutas pessoais (maneiras 'indevidas' de comer, beber, não exercitar-se), dimensões interpessoais (formas de estabelecer/manter relações amorosas/sexuais), 'criminais' (eventos vinculados à violência urbana) (Lupton, 1999). Todos estes 'riscos' 'fermentam', misturam-se e extravasam para o âmbito sócio-cultural, tornando-se signos/símbolos. Em síntese, a 'experiência' de risco participa da configuração de matrizes identitárias e da formação de subjetividades, suscetíveis a interpretações

É inegável que as definições técnico-científicas proporcionadas pela epidemiologia procuram estipular precisamente o que é risco. Ora, definições estipulativas promovem um conjunto de termos equivalentes e/ou procedimentos operacionais para estabelecer as aplicações devidas do termo e seus vínculos com outras terminologias teóricas. Portanto, definições deste tipo demandam fórmulas matemáticas, dados, relações quantitativas e outros cuidados para o emprego rigoroso do 'risco' em contingências bem especificadas (Thompson & Dean, 1996). O termo risco, apesar dos esforços formalizadores, não é estável de modo a permitir tão-somente definições estipulativas.

Este tópico merece ser detalhado. A questão se refere a enfoques que ultrapassam a dimensão realista técnico-científica (em termos epidemiológicos) do construto em foco. Lupton (1999) propõe uma tentativa de sistematizar distintas

abordagens epistemológicas do risco sob o ponto de vista das ciências sociais. Assim, a pesquisadora australiana indica as seguintes posições:

Realista – o risco é um perigo, ameaça objetiva que existe e que pode ser mensurada independentemente de processos sociais e culturais, mas pode ser distorcido ou enviesado por arcabouços interpretativos sociais e culturais - esta postura é visivelmente assumida pela epidemiologia e pela maioria das teorias das ciências cognitivas que abordam percepções de risco.

Construcionista 'fraca' - Risco é um perigo, ameaça que é inevitavelmente mediada por processos sociais e culturais e não pode nunca ser conhecido separada destes processos - Perspectivas da 'sociedade de risco'/estruturalismo crítico de Ulrich Beck e também das abordagens 'culturais/simbólicas'/estruturalismo funcional de Mary Douglas;

Construcionista 'forte': Nada é um risco em si – o que entendemos como sendo um 'risco' (ou perigo, ameaça) é produto de 'modos de olhar' historicamente, socialmente, politicamente contingentes. Perspectivas da 'governamentalidade' (autores foucaultianos)/pós-estruturalismo.

Mais especificamente pretendo ressaltar o próprio aspecto discursivo – metafórico, encontrado no conceito de risco. Considere-se, por exemplo, o fato de não ser costumeiro o emprego das designações 'grande/pequeno', 'forte/fraco' ou, mesmo, 'muito/pouco' para indicar as características do risco, conforme sua quantificação (Castiel, 1996).

Na verdade, os adjetivos utilizados nestas circunstâncias estão vinculados à idéia de verticalidade: 'alto/baixo risco'. Estes se baseiam no conceito metafórico (comum a outros conceitos científicos): 'mais é em cima; menos é embaixo', baseado na representação visual dos aspectos quantitativos em questão, sob o ponto de vista de um 'empilhamento' (como se aparece em determinados gráficos).

Este conceito metafórico orientacional foi delineado por Lakoff e Johnson (1980). Os autores esclarecem que sua formulação, tal como apresentada, é limitada, pois não assinala a inseparabilidade das metáforas de suas respectivas bases experienciais. Estas, por sua vez, podem variar, mesmo em

outras metáforas relativas à verticalidade. No caso de, por exemplo, 'saúde e vida é acima, doença e morte é abaixo', a base experiencial parece ser a posição corporal que acompanha estes estados/condições.

Mais relevante ainda é a constituição do conceito de risco como uma peculiar metáfora ontológica, ou seja, enquanto entidade virtualmente detentora de substância. Ao trazer-se substância ao risco, este pode ser objetivado, e, assim, delimitado em termos de possíveis causas que, por sua vez, podem ser decompostas em partições. Esta operação estatística permitiria respectivas quantificações e eventual estabelecimento de nexos – associações, correlações.

O indivíduo, ao se expor a supostos 'fatores de risco', faz com que o risco, entidade incorpórea, passe a ter a propriedade de se materializar sob sua forma nociva - que pode ser denominada agravo (entre várias outras designações), numa operação semântica equivalente a que demarca doença em sua acepção metafórica ontológica. Só que, neste caso, os riscos 'existiriam', por um lado, como potenciais invasores de corpos. Mas, por outro, a ambiência metafórica deste mundo virtual e fantasmagórico dos riscos poderia adquirir visibilidade (e, portanto, concretude) nos resultados de exames imagéticos/testes laboratoriais indicativos dos efeitos da exposição a fatores de risco. Por exemplo, presença/ausência de displasia mamária ou taxas elevadas do colesterol (especialmente LDL – o ruim...) ou, ainda, mais modernamente, nas testagens gênicas para câncer de mama.

Luhmann (1998) sugere que não pertencemos mais à família de heróis trágicos que ao final de suas jornadas descobrem que haviam preparado seus próprios destinos, mesmo tentando escapar dos fados, pelo fato de sabermos, de antemão, o que nos está reservado, conforme nossas decisões. Ou, como assinala Bernstein (1996), em um jogo de palavras intraduzível para a língua portuguesa, o homem chegou a um ponto de se colocar como Prometeu – 'contra os deuses' - os antigos responsáveis por nossos trágicos destinos (*against the gods* como trocadilho de *against the odds* – contra as probabilidades prováveis...).

Isto se constitui em, digamos assim, uma meia-verdade, pois se lida, justamente, com probabilidades... Os destinos podem não se realizar, mesmo apresentando graus

consideráveis de probabilidade. Mesmo se estas são descritas e relativizadas através de categorias originalmente baseadas na teoria dos conjuntos vagos - *fuzzy*, onde a pertença a determinada categoria (em termos dicotômicos - 0 ou 1, sim ou não, verdadeiro ou falso) não pode ser feita com precisão, mas, é passível de ser abordada em termos fracionários, intermediários. A partir de alguns procedimentos, tal lógica pode ser aplicada a determinadas categorias de processos, pois um dos problemas é dimensionar a magnitude aceitável do estado de indistinção - *fuzziness*, de certos sistemas/processos para serem estudados por tal via.

São inegáveis várias conquistas em termos de conhecimento do risco em saúde (onde se destacam os emblemáticos estudos de tabagismo e câncer de pulmão, entre muitos outros). Estas servem de caldo cultural onde ocorre a germinação e o crescimento das propostas de PS. Para o reconhecido estudioso da saúde pública, Milton Terris (1992), o respectivo conceito originário se localiza nos trabalhos do historiador médico Henry E. Sigerist, ao delimitar, em 1945, as quatro grandes atividades fundamentais da medicina: 1) a promoção da saúde; 2) a prevenção das doenças; 3) o restabelecimento dos doentes; 4) a reabilitação.

Na verdade, estas tarefas foram esquematizadas em um consagrado modelo de níveis de prevenção baseado no conceito de 'história natural da doença' (Leavell & Clark, 1976). A PS era a designação de uma das partes constituintes do nível primário de prevenção, de caráter mais genérico (como as medidas de saneamento), uma vez que as medidas preventivas teriam aspectos mais específicos (por exemplo, a vacinação). O foco original da PS se centrava na ênfase em práticas mantenedoras do estado de saúde, atingíveis, também, mediante processos de educação em saúde. Não estavam em jogo, ainda, as dimensões político-sociais e ideológicas que vieram a surgir posteriormente.

A origem desta perspectiva é localizada no conhecido relatório do ministro de saúde canadense Marc Lalonde em 1974. No documento, haveria quatro fatores principais determinantes do campo da saúde, oriundos a saber: do meio-ambiente, da organização dos serviços de saúde, de aspectos de ordem biológica e do estilo de vida (comportamentais) (Bunton & McDonald, 1993). Tal relatório deu ensejo a uma

série de congressos, encontros e reuniões técnicas nos anos oitenta e noventa, cujo foco irradiador pode ser localizado em 1980, com o documento do escritório regional europeu da OMS com vistas ao processo de planejamento do programa de educação em saúde para o período de 1980-84 (Parish, 1995). O Primeiro Congresso Internacional sobre Promoção em Saúde em Ottawa, Canada - 1986 merece ser mencionado, pois aí foram postulados os princípios-chave da proposta:

- fortalecimento da participação comunitária no contexto da vida cotidiana, ao invés de focar apenas indivíduos sob risco;
- ação nos determinantes/causas de saúde, com ênfase para o meio-ambiente;
- combinação de diversas abordagens e métodos complementares;
- busca de políticas públicas voltadas para a saúde de maneira efetiva e concreta;
- desenvolvimento de habilidades profissionais no pessoal de saúde, especialmente em nível primário, com vistas à capacitação e viabilização da PS ao nível populacional.

Os aspectos essenciais que demandavam atenção:

1) melhorar o acesso à saúde; 2) propiciar um ambiente 'sanitogênico'; 3) reforçar redes sociais e suporte social; 4) promover comportamento positivo de saúde e estratégias apropriadas de *coping*; 5) ampliar o conhecimento e disseminar informação (Parish, 1995).

De acordo com Nogueira (1998), o objetivo essencial dessas propostas é estimular uma postura pró-ativa das populações diante de questões de saúde, através de cuidados de saúde não-institucionalizados. Assim, compreende-se a ênfase nas diretrizes acima enunciadas que se associam à nova cepa de políticas públicas de saúde. Pois, “[a] tão propalada crise fiscal do Estado acabou por impor uma lógica de gastos que busca justamente uma maior efetividade e eficácia das ações públicas no campo da saúde, e para este fim as diversas fórmulas de autonomia do cuidado (...) são apontadas como soluções adequadas” (Nogueira, 1998:50).

Conforme o documento original da OMS, a PS foi definida como o “processo de capacitar as pessoas a aumentarem o controle sobre sua saúde, aprimorando-a” (WHO, 1986).

Portanto, é no interior deste campo que prospera o destaque dado aos ‘comportamentos ligados ao estilo de vida’, eventualmente conducentes a ‘comportamentos de risco’ - que devem ser evitados.

É preciso, ainda, determo-nos em pensar quais são os cuidados com o ‘auto’ (*self*) como categoria diante das dimensões sócio-culturais de ‘auto-cuidado’. A noção individualista de identidade-de-si que conhecemos se ancora nas chamadas fontes ortodoxas do *self* da tradição filosófica ocidental, cuja gênese, desde os gregos, até os dias de hoje, configurou uma noção de identidade individuada, destacada do coletivo – singularizada, estabilizada e que se define reflexivamente (Taylor, 1994). Esta não se constitui na perspectiva predominante de muitos povos e culturas não-ocidentais (por exemplo, sociedades de países como Índia, China, ou de vastas regiões Sudeste asiático, da África – cerca de 80% da população planetária!).

Sob diversas formas, os respectivos contextos culturais sustentam posturas identitárias instituídas de modo heteronômico, onde se destacam imperativos familiares e cumprimento de normas éticas fundadas, primordialmente, nos valores da coletividade, sobrepujando idéias de autonomia de ‘eus’ (Kleinman, 1995). “O ‘self’, mesmo onde é encarado como sendo singularmente individual”, acentua Kleinman (1995: 47), “é visto como estando sociocentricamente imbricado em redes sociais inextricáveis, vínculos íntimos que tornam processos interpessoais a fonte de decisões vitais (...). A idéia de primazia do individual é, no entanto, ainda, uma presunção da ocidentalização (...)”.

Esta, enfim parece ser a perspectiva norteadora do caminho que deve ser palmilhado pelos povos do planeta em direção à globalização, almejada pelo capitalismo monopolista em suas várias facetas (especialmente, na dita sociedade pós-industrial – onde ocorre a hegemonia econômica obtida pelos setores de serviços e de produção de conhecimentos). Mesmo com as evidentes mostras de boas intenções, isto parece incidir nas políticas de saúde propugnadas por organismos internacionais que enfatizam a autonomia, traço marcante do individualismo do Ocidente.

O campo da PS está em franca expansão. Basta fazer uma rápida incursão no *Medline*, para acessarmos grande

quantidade de trabalhos sobre o tema em suas várias (e nem sempre claras) designações. Aliás, esta percepção foi assinalada por Kulbok e associados (1997) ao referirem-se à confusão relacionada ao campo em foco. Após uma análise crítica dos mesmos termos, assinalaram diferentes sentidos nas formas como profissionais especializados empregam idéias/conceptualizações inerentes à área - 'promoção à saúde', 'comportamento na promoção à saúde', 'comportamento na proteção à saúde', 'comportamento na prevenção à doença', 'comportamento na saúde preventiva', 'comportamento de saúde', 'estilo de vida saudável'.

No entanto, pode-se atribuir, em síntese, uma série de críticas à epidemiologia riscológica que sustenta a PS. Sob tal ótica, a nova saúde pública não aprofundaria as relações de poder e se adequaria ao projeto globalizante neo-liberal do capitalismo em voga. Em síntese: a idéia de primazia do individualismo, onde agentes racionais exercem suas prerrogativas; um clima de descrédito quanto à autoridade política dos governos; ênfase excessivo quanto ao papel do mercado (e do consumo) como instância reguladora da economia.

Há outras críticas sociológicas dirigidas ao campo da promoção de estilos de vida saudáveis. Aqui, se procurou demarcar e explorar o segundo e terceiro aspectos. Como 'identidades' e 'risco' se mesclam operando com idéias de 'si-próprio' (*self*), 'comportamentos', 'estilos de vida' que devem ser devidamente estudados, conceptualizados, abordados para viabilizar intervenções em busca de saúde. No caso, entendida como a capacidade de evitar (na medida do possível) as situações de risco.

A idéia de 'comportamento' está, inevitavelmente referida às relações de alteridade – com o dito ambiente/cultura, com outras coisas - viventes ou não, se viventes - humanos ou não. Ao se pensar em comportamento, além de evitarmos as polêmicas teorias behavioristas, devemos ter em mente qual é a noção mais adequada de consciência-de-si, e por extensão, que noções estruturantes de 'pessoa', 'corpo', 'mente', 'doença' estão em jogo. Categorias essenciais, sem dúvida, mas, extremamente intrincadas, passíveis de múltiplos encaminhamentos em terrenos incomensuráveis, que incluem até aspectos ligados às crenças

religiosas e também ao prolífico campo da filosofia da mente, sem, contudo, apresentarem soluções consistentemente satisfatórias sob o ponto de vista científico.

Especialmente, as noções de personalidade e comportamento podem estar sendo alteradas pelos novos elementos trazidos pela biomedicina, pelas neurociências e pela neurofilosofia. Basta que observemos as questões que problematizam a categoria de ‘pessoa’ e a idéia de doença mental a partir de bases psicobiológicas veiculadas tanto pelos novos psicofármacos como pelas técnicas de cartografia cerebral (tomografia por emissão de pósitrons e por emissão de fótons únicos) (Dumit, 1997).

Aparentemente, a PS propõe-se a desenvolver aquilo que Dumit (1997) chama de ‘modelagem objetiva de si-mesmo’ (*objective self-fashioning*), ou seja “(...) *como tomamos fatos sobre nós-próprios – sobre nossos corpos, mentes, capacidades, traços, estados, limitações, propensões etc. – que tenhamos lido, ouvido ou encontrado no mundo e incorporamo-los (ênfase do autor) em nossas vidas*” (Dumit, 1977: 89). A modelagem objetiva de si-mesmo admite dois sentidos interrelacionados: 1) como compreendemos nós-próprios como sujeitos a(d)os discursos da objetividade tecnobiocientífica e de seus produtos e 2) como tais discursos nos escolhem como objetos de intervenção/estudo/experimentação (Dumit, 1997).

O gerenciamento dos riscos (quando estes não são encarados em seu aspecto ambiental) é, muitas vezes, apresentado pelos *experts* como algo ligado à esfera privada, da responsabilidade dos indivíduos, colocada em termos de escolhas comportamentais, enfeixadas sob a rubrica *estilo de vida*. As propostas educacionais visam atingir mudanças nesta dimensão.

A partir de tal ótica, interessam, no interior do dito estilo de vida de cada um, aquelas ‘escolhas’ e comportamentos com repercussões nos respectivos padrões de adoecimento das pessoas. Ou seja, no campo da cultura de consumo contemporânea, os aspectos perniciosos decorrentes de elementos que conotam “*individualidade, auto-expressão e uma consciência de si estilizada. O corpo, as roupas, os entretenimentos de lazer, as preferências de comida e bebida, a casa, o carro, a opção de férias, etc. (...)*” (Featherstone, 1995: 119).

Levando tal raciocínio adiante, vamos nos deparar com uma idéia paradoxal. Se são atribuídas às pessoas suas escolhas de estilo de vida (dentro, é claro, de suas margens de aquisição/acesso), incluído no 'pacote', estão embutidos fatores/elementos considerados responsáveis por possibilidades de ocorrências danosas à saúde. Então, não é absurdo supor este subconjunto como o *estilo de risco*, como se, de alguma forma, as pessoas também 'escolhessem' exposições a riscos como formas de levar suas vidas...

No entanto, tais opções não devem ser vistas como fruto de disposições intencionais, racionais, voluntárias. Cada um de nós é a resultante singularizada de complexas configurações bioquímicas, psicológicas, sócio-culturais, onde o estabelecimento e as tentativas de reordenação da idéia de si-mesmo são frágeis e dependem de contribuições genéticas, construções epigenéticas, biografia pessoal, estrutura psicológica inconsciente, elementos culturais, acasos. Portanto, os 'estilos de risco', são, a rigor, aspectos que, muitas vezes, participam e constituem os modos possíveis com que se lida com o mundo da vida tal como se faz presente a cada um de nós. Claro que determinados 'estilos' são perigosos, seja para o próprio indivíduo, seja, também, para os que lhe cercam. Assim, demandam intervenções apropriadas. Mas, é essencial não perder de vista a perspectiva descrita, sob o risco (!) de serem adotadas premissas que conduzam a ações insensíveis, culpabilizantes, limitadas e, conforme o caso, de efetividade restrita.

Um breve comentário sobre as origens e uso atual da categoria 'estilo de vida'. Está registrada nas teorias sociológicas clássicas como componente da estratificação social, e, dentre elas, se destaca a visão de Max Weber ao enfatizar a importância do conceito na evolução e manutenção de *status* dos grupos (Backett & Davison, 1995). Recentemente, a noção tem sido debatida e polemizada por vários autores. Giddens (2002), por exemplo, considera-o como um dos aspectos fundamentais da cultura da tardo-modernidade. Proporciona elementos para um senso de unidade e segurança existencial em um mundo incerto e

ameaçador. Mas, admite que depende das possibilidades de acesso e de aquisição e considera que a necessidade de procedermos a partições em 'setores de estilo de vida', em função da existência de diversas dimensões e ambiências da vida social moderna, resultando em pluralidade e segmentação de atividades que por sua vez condicionam várias opções de 'estilo de vida' (2002).

Featherstone (1995), por sua vez, considera que a noção está na moda e pretende desenvolver uma abordagem que vá além da perspectiva de estilo de vida equivaler basicamente à padrão de consumo, manipulado pela chamada cultura de massa. Ou, então, que consista em uma categoria bem demarcada, com um domínio autônomo, além dos efeitos manipulativos. Neste caso, o conceito de *habitus* de Bourdieu (1989) permitiria melhor entendimento. Descreve as disposições determinantes dos gostos que definem cada grupo social. Inclui: elementos inconscientes, padrões classificatórios, predileções (explícitas ou não) relativas à idéia que o indivíduo faz de seus gostos e escolhas estéticas - arte, comida, bebida, indumentária, entretenimento etc., e de sua validade e valorização social. Mais ainda: está *encarnado* na própria apresentação corporal de si-mesmo - forma e relação com o próprio corpo, fisionomia, postura, linguajar, padrões discursivos, modos de gesticular, andar, sentar, comer, beber, etc. Cada grupo, classe e fração possui um *habitus*/estilo de vida próprio (Featherstone, 1995).

Em determinados segmentos sociais, menos desfavorecidos em termos socio-econômicos, o estilo de vida se dirige ao corpo como um bem, cuja aparência de vigor físico e juventude deve ser mantida. A idéia de boas condições de saúde se funde à de atratividade sexual. Esta conjugação gera uma grande estrutura industrial e comercial voltadas ao mercado de cosméticos, vestuário, esporte, lazer, alimentação, etc. Como diz Lupton (1994): “[a] mensagem primordial disseminada por esta indústria é que na medida em que a mercadoria é adquirida e usada, o corpo em si será uma mercadoria tentadora no mercado da atração sexual. (...). A aparência do corpo se tornou central às noções de auto-identidade”

(Lupton, 1994: 37).

Uma crítica comum ao conceito 'estilo de vida' é referente a seu emprego em contextos de miséria e aplicado a grupos sociais onde as margens de escolha praticamente inexistem. Muitas pessoas não elegeem 'estilos' para levar suas vidas. Não há opções disponíveis. Na verdade, nestas circunstâncias, o que há são *estratégias de sobrevivência*.

No campo da saúde, a categoria é muito usada nos terrenos da promoção, prevenção e da pesquisa comportamental em saúde. Apesar da grande produção teórica e empírica nos anos oitenta, o conceito ainda carece de clareza e precisão (Backett & Davison, 1995). A referência a *comportamentos* que representam *fatores de risco* no nível individual e medidas de promoção e prevenção em termos populacionais é insuficiente para representar satisfatoriamente as determinações e intermediações envolvidas. *Quem* são aqueles que assim agem? *Quais* são suas motivações e as relações aos contextos sócio-culturais? E, mais importante ainda, *por que* estas assumem determinadas modalidades? Quando muito, conhece-se o *como*...

Sabe-se que a pesquisa epidemiológica dos hábitos comportamentais costuma estudar determinadas condutas que aparecem estatisticamente associadas a configurações de morbi-mortalidade. Alguns trabalhos recentes, criticam as limitações encontradas nos modelos usuais de pesquisa nesta área. Entretanto, apontam que, para abordar aspectos comportamentais, seriam necessários conceitos e técnicas estatísticas que levassem em conta que a "*pesquisa do estilo de vida precisa focar a complexidade inerente aos modos de viver*" (Dean et al. 1995, pp. 846). Assim, "*novos enfoques (...) podem integrar conhecimentos e habilidades epidemiológicas e das ciências sociais com o fim de estudar padrões de comportamento nos contextos nos quais ocorrem (...) para o propósito de estudar interações entre influências sociais e comportamentais*" (Dean et al, pp. 846). Para tais autores, os métodos analíticos seriam constituídos pelos *modelos de interação gráfica*, subtipo dos modelos log-lineares.

A despeito da pertinência da crítica e das

preocupações conceituais destes autores, suas proposições metodológicas ainda denotam a ‘concretude’ mensurável da categoria *comportamento* e, por extensão, dos estilos de vida, que poderiam ser ‘melhor’ apreendidos através do refinamento e adequação das técnicas de pesquisa. Isto se evidencia na afirmação de que “(...) [comportamentos] *interagem (grifo nosso) com influências biológicas, psicológicas e sociais para modelar tanto saúde como longevidade (...)*.” (Dean et al, 1995 pp. 846). Não seria o caso de se pensar que ‘comportamentos’ são, na verdade, *resultantes* dinâmicas e complexas de tais influências? Em outras palavras, de modo similar ao que ocorre com ‘risco’, há, aqui também, a reificação da categoria ‘estilo de vida’. Este fato evidencia a necessidade dos aparatos mensurativos pressuporem a ‘existência’ concretizada de seus objetos para viabilizar as respectivas abordagens.

Em suma, exploramos aqui, principalmente, as perspectivas propostas por Atlan (1991) ao referir-se que as aporias estabelecidas pela cultura ocidental mantém pontos de vista regidos pelo princípio da razão suficiente com sua armadura lógica baseada na causalidade como agente dos fenômenos naturais. Não obstante, para cada domínio de investigação da natureza, devemos ponderar nossas efetivas margens de conhecimento dos tipos de objetos e de fenômenos aos quais nos dedicamos, procurando discernir, à medida do possível, quanto de regulação/emancipação tais possibilidades veiculam.

Quanto mais complexo e singular for um fenômeno, mais incerta será a teoria capaz de dele dar conta. Não obstante nosso afã de controle, importa considerar não apenas a resolutividade instrumental das medidas e ações disponíveis. É preciso simultaneamente admitir que se a tecnologia proporcionou flagrantes provas de expansão de nossos domínios, em muitas dimensões essenciais da existência humana, co-existe uma desnorteante sensação de desamparo diante das contundentes e variadas formas atuais de manifestação das insuficiências humanas.

REFERÊNCIAS

- ATLAN, H. 1991. *Tout, non, peut-être. Education et vérité*. Paris: Seuil
- BACKETT, K; DAVISON, C. 1995. "Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours". *Social Science and Medicine*. Vol. 40(5): 629-638.
- BERNSTEIN, P. 1996. *Against the gods. The remarkable story of risk*. New York: John Wiley & Sons.
- BOURDIEU, P. 1989. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- BUNTON, R; McDONALD, G. 1993. "Introduction". In: Bunton, R; McDonald, G. 1993 (eds.) *Health promotion, disciplines and diversity*. 2.ed. London: Routledge, p.1-9.
- CASTIEL, LD. 1996. *Moléculas, moléstias, metáforas. O senso dos humores*. São Paulo: I-editora [www.ieditora.com.br].
- DEAN, K; COLOMER, C; PÉREZ-HOYOS, S. 1995. "Research on Lifestyles and Health: Searching for Meaning". *Social Science and Medicine*. 41(6): 845-855
- DUMIT, J. 1997. "A digital image of the category of the person. PET scanning and objective self-fashioning". In: Downey, GL; Dumit, J (eds.). 1997. *Cyborgs and citadels. Anthropological interventions in emerging sciences and technologies*. Santa Fe: School of American Research Press, pps. 83-102.
- FEATHERSTONE, M. 1995. *Cultura de Consumo e Pós Modernismo*. São Paulo: Studio Nobel.
- Fernandes, M. 1997. *Hai-kais*. Porto Alegre: L&PM.
- FERREIRA, ABH. 1999. *Novo Aurélio Século XXI. O dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- FORDE, OH. 1998. "Is imposing risk awareness cultural imperialism?". *Social Science and Medicine*. 47(9): 1155-1159.

- GIDDENS, A. 2002. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- KLEINMAN, A. 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.
- KULBOK, P.A.; BALDWIN, J.H.; COX, C.L.; DUFFY, R. 1997. "Advancing discourse on health promotion: beyond mainstream thinking". *ANS Advanced Nursing Science*. 20(1):12-20.
- LAKOFF, G; JOHNSON, M. 1980. *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- LEAVELL, HR.; CLARK, EG. 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- LUHMANN, N. 1998. *Observations on modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- LUPTON, D. 1994. *Medicine as Culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage
- LUPTON, D. 1999. *Risk*. New York: Routledge.
- NOGUEIRA, RP. 1998. *A Saúde pelo avesso. Uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Área de concentração em Administração e Planejamento de Saúde. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 216p.
- PARISH, R. 1995. "Health promotion: rhetoric and reality". In: BUNTON, R; NETTLETON, S; BURROWS, R. (eds) 1995. *The sociology of health promotion. Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. New York: Routledge, pps. 13-23.
- PLANT, A.; RUSHWORTH, R.L. 1998. "'Death by proxy': ethics and classification in epidemiology". *Social Science and Medicine*. 47(9): 1147-1153.
- SEARLE, JR. 1997. *A Redescoberta da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

SENNETT, R. 1999. *A corrosão do caráter. Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.

SURTEES, PG.; WAINWRIGHT, NW. 1999. "Surviving adversity: event decay, vulnerability and the onset of anxiety and depressive disorder". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 249(2): 86-95.

TAYLOR, C. 1994. *As fontes do self. A construção da identidade moderna*. São Paulo: Loyola.

TERRIS, M. 1992. "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública". In: ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE SALUD. 1996. *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Organización Pan-americana de la Salud. 403 p. Publ. Cient. 557:37-44.

THOMPSON, PB.; DEAN, W. 1996. 'Competing Conceptions of Risk'. In: <http://www.fplc.edu/risk/profRisk.htm>, consultado em 11 de outubro de 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1986. "The Ottawa charter for health promotion". *Health Promotion*. pps.3-5.

QUALIDADE DE VIDA, CORPOS APRISIONADOS¹

Salete M. de Oliveira²

É de bom tom, na atualidade, defender a qualidade de vida. Repetir em unísono suas vantagens. Apregoar sua unanimidade. Torná-la imprescindível à política, à economia, à sociedade, à cultura, aos corpos. Introjetar seus adereços. Partilhar de suas fileiras tornou-se condição para fazer parte da sociedade cidadã, emancipada, consciente, crítica, civilizada, tolerante, segura. Segura de si, em si mesma, ensimesmada. Absorvida em seu afã de segurança. A saúde sinonímia de normalidade. Qualidade de vida ganha estatuto de paradigma, outro termo em voga, nas bocas ansiosas por modelos que respondam a padrões esperados de adequação às perpétuas crises que reclamam por infundáveis reformas.

A defesa da qualidade de vida assume conotação correlata à defesa da sociedade. Está presente nos mais variados discursos; presta-se à venda ou locação de habitações, independente do estrato social, planejamento de cidades, dietas corporais, coberturas jornalísticas sobre qualquer tema, projetos políticos, planos de segurança, perseguição de mentes felizes, propagação de bem-estar na vida e na morte.³

Prática de defesa, ancorada em indicativos estatísticos que sinalizam para o Estado, empresas, partidos de direita e esquerda, sindicatos, igrejas, ong's, mídia, intelectuais, especialistas de toda ordem quais as demandas que devem ser selecionadas e mobilizar ações e projetos de desenvolvimento, progresso e manutenção da ordem pública, resguardando privilégios privados. Propala a continuidade de corpos encarcerados em prisões de segurança máxima, irmana-

¹ Texto desenvolvido a partir de trecho extraído de *Política e Peste: Crueldade, Plano Beveridge, Abolicionismo Penal*. São Paulo, Tese de Doutorado em Ciências Sociais - PUC/SP, 2001.

² Doutora em Ciências Sociais. Pesquisadora no Nu-Sol (Núcleo de Sociabilidade Libertária do Programa de estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP). Professora na Faculdade Santa Marcelina.

³ A qualidade de vida como instrumento de marketing chega ao limite de servir de slogan para propaganda de cemitérios de "última geração". Na cidade do Rio de Janeiro foi inaugurado um cemitério cuja divulgação, em outdoors e meio eletrônico www.memorialdo carmo.com.br/ é realizada nos seguintes termos: "O primeiro cemitério vertical da cidade, o único com qualidade de vida".

se com a política de tolerância zero limpando as ruas de dejetos intoleráveis, corpos insuportáveis, os perigosos para a sociedade. Os incontíveis na adjetivação da vida. O incabível na representação, na alegoria só cabe no destino do confinamento com respaldo democrático sob a justificativa de tomadas de decisões responsáveis que devem fazer coincidir integridade física e defesa da ordem pública. Talvez por isso, a regra explicitada na prática de defesa da qualidade de vida corrobore a sizudez fascista, o silêncio sorridente, o fascismo de pequenos gestos, ou o alarde retórico e lírico diante do encarceramento de corpos de crianças e adolescentes no Brasil.

O autoritarismo explícito e o latente são complementares. Um não vive sem o outro, da mesma maneira que a defesa dos direitos não sobrevive sem a reinvenção das vítimas. A tolerância zero, neste caso, encontra seu parceiro específico ideal, na defesa da maximização da tolerância. Diante dessas resistências conservadoras e reacomodações, pouco importa implementar uma discussão circunscrita ao jogo interessado entre valorações de maior ou menor grau de tolerância para quem quer que seja. Pois o pressuposto da tolerância é a intolerância diante do que não se suporta e de tudo que é intolerável para a ordem. A analítica associada ao abolicionismo penal é também o incontível, intolerável, insuportável tanto para posturas autoritárias explícitas quanto para aquelas que se fazem latentes sob a capa da defesa dos direitos. O abolicionismo é insuportável tanto para quem defende a pena de morte como para quem defende a continuidade da prisão com qualidade de vida.

A opção interessada de Nils Christie pelo abolicionismo penal, faz com que ele subverta o padrão da imagem recorrente e atravesse a representação. Ensina Direito Penal na Universidade de Oslo, mostrando que a pena é um mal com a intenção de sê-lo ao administrar o cálculo racional da distribuição do sofrimento. Contradiz a frieza nórdica com seu riso caloroso e dedica seu livro, *A indústria*

do controle do crime: a caminho dos GULAGS em estilo ocidental, a Ivan Illich cujo pensamento permeia generosamente a pessoa de Christie e, de forma singular, este seu trabalho, apesar de Illich nunca ter escrito sobre o controle do crime como tal. No entanto, Christie valoriza esta troca e percebe especificidades, imprescindíveis para instaurações abolicionistas de contra-poderes.⁴

O abolicionismo presente neste livro de Christie vem se opor às revisitações da tradição criminológica, tão bem servida de especialistas sob os prefixos 'inter', 'multi' e 'trans' que variam de acordo com a época.

A criminologia positivista foi profícua em sua internacionalização. As idéias de Lombroso e Ferri, na Itália, e, posteriormente, as de Von Litz na Alemanha constituíram um dos mais fantásticos êxitos da chamada ciência multidisciplinar. A Associação Internacional de Política Criminal fundada em 1889, que teve em Von Litz sua figura central, assegurou à criminologia alemã a soberania de *locus* exportador do ideário da prevenção geral, ditando o modelo preponderante de política da verdade para o sistema penalizador do século XX.

No entanto, o que Christie mostra em seu livro é que no final do século XX a criminologia norte-americana, suas teorias sobre o crime e táticas de controle, redimensionam uma nova política da verdade 'a caminho dos gulags em estilo ocidental', procurando e encontrando ressonâncias nos quatro cantos do planeta.

⁴ Ivan Illich não é apenas uma procedência subjacente ao livro de Christie. Sua obra *A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina* é o ponto de partida de Foucault (1990a) em sua conferência 'A Crise da Medicina ou a Crise da Antimedicina', na qual sublinha a importância e a atualidade do referido trabalho de Illich, desencadeando um debate acerca do nascimento da medicina social cuja tese, contrária à de Illich, problematiza a hipótese de que a medicina com o surgimento do capitalismo não foi privatizada e sim promoveu um processo de socialização que começa e se estende a partir do corpo. Illich foi, ainda o responsável pela guinada de Paulo Freire quando de sua ida para os Estados Unidos, no período de seu exílio durante a ditadura militar no Brasil. Illich pensou múltiplas dimensões da prática libertária, atravessada pela presença constante da desescolarização, não apenas referida à escola, mas tomada como noção indispensável para pensar o ordinário, no sentido estancado do termo. Paulo Freire sabia da importância de Illich na sua vida, como bem sabia das diferenças entre eles. Estas diferenças, por sua vez, eram encaradas pelos dois de maneiras distintas, como é próprio entre amigos. Paulo Freire situava esta diferença nos seguintes termos: "a grande diferença entre nós dois é que eu sou mais político. (...) Para mim ele é muito mais plural do que eu. (...) ele surpreende o mundo com um livro sobre a desescolarização e no mês seguinte volta a surpreender com um livro sobre a velocidade (...)" (Passetti, 1998:107-108). Illich, ex-padre, e como tal conhece como poucos a dor. Talvez, isso seja o que interessa sobremaneira a Christie, ao pensar o abolicionismo como uma forma de supressão do sofrimento causado pelo julgamento e pelo cárcere. Illich encarou de frente o seu conhecimento da dor, e o fez duplamente. Afirmou que a desescolarização não provém da reforma institucional mas começa dentro de cada um, horizontalizando-se com um argumento caro ao abolicionismo penal. Afirmou ainda, em relação a Paulo Freire que aquilo que os distingue reside no fato de que ele tenha arrancado sua saia de padre e Freire não.

O livro de Christie é um sinal de alerta ao afirmar que o maior perigo do crime não está nele mesmo, mas no fato de que, em sociedades como a nossa seu controle se converta em totalitarismo.

O que está em jogo para a nova penologia americana, segundo Christie, não é mais a reabilitação do que ela considera desviado, mesmo porque há muito se sabe que a prisão não recupera ninguém, mas a gestão de populações segregadas, investe a partir de então na função de seu gerenciamento. O que importa para esta racionalidade é a linguagem probabilística aplicada às populações construídas, e, de acordo com o autor, a norma estatística se transformou em norma legal.

A vinculação que Christie estabelece entre a estatística e a norma inserida na racionalidade da nova penologia americana parece não ser prerrogativa desta última.

A emergência da estatística como disciplina vinculada a uma gestão de poder cujo alvo é a população mostra-se como uma articulação que emergiu simultaneamente ao surgimento da economia política, de acordo com Foucault (1997).

A elaboração desse problema população-riqueza (em seus diferentes aspectos concretos: fiscalidade, penúrias, despovoamentos, ociosidade-mendicância-vagabundagem) constitui uma das condições de formação da economia política. Ela se desenvolve quando se dá conta que a gestão da relação recursos-população não pode mais ser tomada, exaustivamente, como um sistema regulamentar e coercitivo que tenderia a majorar a população para aumentar os recursos. Os fisiocratas não são antipopulacionistas por opção aos mercantilistas da época precedente; eles colocam de outra forma o problema da população. Para eles, a população não é a simples soma dos sujeitos que vivem num território (...) é uma variável dependente de um certo número de fatores que não são todos naturais (o sistema de impostos, a atividade da circulação, a repartição do lucro são determinantes essenciais da taxa de população). (...) Assim, começa a aparecer numa derivação em relação à tecnologia de 'polícia' e numa correlação com o nascimento da reflexão econômica, o problema político da população. Ela não é

concebida como uma coleção de sujeitos de direito, nem como um conjunto de braços destinados ao trabalho; é analisada como um conjunto de elementos que, por um lado, se vinculam ao regime geral dos seres vivos (a população diz respeito, então, à 'espécie humana', noção nova na época que se deve distinguir de 'gênero humano') e, por outro, pode dar vazão a intervenções articuladas (por intermédio das leis, mas também das mudanças de atitude, de maneiras de fazer e de viver que podem ser obtidas pelas 'campanhas'). (...) O desenvolvimento, a partir da segunda metade do século XVIII, daquilo que foi chamado *Medizinische Polizei*, *Hygiène publique*, *social medicine*, deve ser reinscrito nos quadros gerais de uma 'biopolítica', que tende a tratar a 'população' como um conjunto de seres vivos e coexistentes, que apresentam traços biológicos e patológicos particulares, e que por conseguinte dizem respeito a técnicas e saberes específicos (Foucault, 1997:84-86).

O que Christie apreende enquanto uma peculiaridade da nova criminologia americana, aponta, em certa medida, para um reacomodamento no arranjo da estatística de controle conectada aos cálculos projetados virtualmente, discriminando aumentos graduais e crescentes a tudo aquilo que se vincula ao estatuto da violência que deve caber nos dados oficiais. Neste sentido, esta racionalidade colocada em movimento não é tão nova assim.

Foucault já mostrara em *Vigiar e Punir* que concomitante ao momento do nascimento da prisão moderna e a posterior crítica da prisão efetuada pelos reformadores do século XVIII se alinhava uma "mensurável tolerância" em relação aos "crimes de sangue" e que a prescrição de penas mais duras recaía sobre atos considerados como ameaça ao patrimônio e à moral. Não é fortuito que este tipo de ressalva inerente à tipificação do rol de crimes coincida com pelo menos dois aspectos ligados ao desenvolvimento do capitalismo, a defesa da tolerância e a defesa da propriedade privada, que por sua vez vão ser coroadas na prática da normalização com a rubrica de defesa da sociedade.

O que a nova penologia reinventa e estabelece como linguagem probaliística vinculada à indústria da construção civil

e a do controle eletrônico responde a demandas seletivas atuais sobre os fluxos intoleráveis do presente.⁵

O prisioneiro passa a ser produtivo, agora, por outras razões, pois se converteu no consumidor preferencial para o mercado de produtos de controle.

Diz-se que tudo nos Estados Unidos é maior do que em qualquer outro lugar. Para um estrangeiro, porém, é uma experiência incrível folhear a publicação oficial da 'American Correctional Association'. Seu título é *Corrections Today*, uma revista em papel muito caro, impressa em cores e contendo muitos anúncios que são provavelmente uma fonte considerável de renda para a Associação (Christie, 1998: 95).

Christie arremessa o leitor em uma avalanche do mundo da segurança, cujos contornos do controle são vendidos em uma propaganda publicitária que não se inibe em oferecer serviços e produtos de confinamento, racionalidade encarceradora, extermínio rápido, indolor e asséptico somados à perspectiva de lucro garantido. Se a princípio isso parece ilusório e cinematográfico não deixa dúvidas que seu teor faz parte da própria constituição da história. O que Christie apresenta corrobora, pelo avesso, a afirmação de Enzensberger (1987) no anti-romance acerca da reconstrução de alguém a partir de lembranças vagas, imprecisas e flutuantes: "a história é uma ficção para a qual a realidade nos fornece os elementos".

A reprodução de trechos dos principais artigos do mercado prisional contidos na revista são divididos pelo autor em três categorias: construção, equipamentos e gestão de prisões.⁶

⁵ A este respeito ver Passetti 2002.

⁶ "1. Construções de prisões: a *Bell Construction* também tem uma página inteira sob o título: 'Os prós e os contras. Construímos há mais de 20 anos. Construímos uma reputação. Construímos uma lista de clientes e construímos instalações correccionais. É só o que fazemos, construir. (...) O grupo *Bibby Line* tem a solução, de acordo com a antiga tradição da nave dos loucos: 'Instalações penitenciárias marítimas. Os tempos mudam ...' (...) 2. Equipamentos para prisões: 'Alguns presos adorariam apunhalar, retalhar, espancar, esmurrar e queimar você. Mas não vão conseguir atravessar sua roupa *STAR Special Tactical Anti-Riot* (tática Especial Antimotim).' (...) A lista mostra as últimas descobertas em eletrônica, mas também segue as tradições, como a: 'Companhia de Sujeição Humana. Primeira qualidade em correias de couro. Manufaturada nos EUA desde 1876. Ligue ou escreva e peça um folheto grátis'. (...) 3. A gestão das prisões também ocupa uma parte proeminente [dos anúncios]: 'Quando a moral depende de cada refeição, conte conosco (...) A *Service America* trabalha atrás das grades em todo o país, com um sólido histórico de bom comportamento (...) Se faz parte de seu trabalho alimentar detentos, fale com os especialistas em serviços alimentares que sabem como fazer justiça.' (...) Outra condição para a paz é ter armas eficazes. Empresas eficientes fornecem tanto armas não - letais quanto armas letais. Entre as não letais: 'Cap-Stun II. Usada pelo FBI e 1.100 agências de repressão. Nunca houve um processo legal envolvendo Cap-Stun em 14 anos de uso. Comprovadamente eficaz contra viciados em drogas e psicóticos. Disponível modelo para amigos e parentes' (Christie, 1998: 95-99).

A primeira categoria apresentada por Christie, referente à construção de prisões em escala ascendente, no que tange à quantidade e à rapidez acentuada do tempo de edificação de cada uma, aponta para o fértil mercado da construção civil interessado na proliferação do sistema carcerário. Os lucros provenientes de tal investimento ampliam-se em duas direções. Os consórcios governamentais e não-governamentais de muros e além muros que a tecnologia penitenciária pressupõe acoplados ao circuito de empregos gerados, não só para funcionários vinculados a este sistema, mas também o fluxo de mão-de-obra de presidiários, propriamente ditos. E pobres que, ironicamente, sendo o alvo seletivo do sistema penal, preparam no presente a ameaça de sua cela num futuro provável.

Os equipamentos disponíveis ao mercado prisional, como a segunda categoria apresentada pelo autor, exacerbam a ampla oferta de objetos, equipamentos e estratégias de controle vinculados à técnicas peculiares à racionalidade da nova penologia americana, que no interior da prisão investe na segurança máxima, por tempo indefinido, e em seu exterior no controle contínuo de mínimos atos cotidianos. Tal racionalidade avoluma-se na propagação da prática de “tolerância zero”, frutificando a disputa pelo controle da segurança. A prisão disciplinar equaliza-se em sua invenção remota para atualizar-se no presente como prisão de controle. Distribui-se de forma democrática parcelas de sujeição, cuja tecnologia disponível, viabiliza a porção que cabe a cada um dentro e fora dos muros prisionais. A transparência do século XVIII é renovada por fluxos de controle em suas vias de acesso e confinamento. A senha de perpetuação desta lógica permanece sendo o código da sintaxe da sujeição.

A gestão das prisões, terceira categoria apresentada por Christie, percorre a disponibilidade da administração em demonstrar sua eficácia burocrática, alimentar e bélica, sem esquecer, sobretudo, a atenção penal que deve ser dedicada àqueles rotulados como viciados e psicóticos. A eficácia de tal gestão de poder gaba-se do sucesso da preservação da vida na promoção do resgate frente ao desvio. A normalização do comportamento corresponde à arma impressindível para a promoção da paz.

Loïc Wacquant (2001), apesar de não filiar-se ao abolicionismo – demonstra ao longo da exposição de uma minuciosa pesquisa acerca da emergência da política de tolerância zero nos Estados Unidos e sua posterior migração para a Europa e América Latina – é um importante interlocutor para a prática abolicionista de maneira geral e para o estudo de Christie na obra acima referida. Os paralelos possíveis a se estabelecer entre Wacquant e Christie são inúmeros, desencadeando similaridades em vários pontos da discussão relativa à prisão e ao sistema penal, bem como articulações diferenciadas que levam a problematização analítica entre os dois autores a limites distintos. Importa explorar alguns elementos precisos passíveis de ser relacionados entre eles.

Wacquant, de maneira próxima a Christie, não se furta a expor os mecanismos de publicidade acoplados à alimentação do mercado que a indústria do controle do crime gera, ainda que este não seja um termo usado por ele. Entretanto, a documentação que ele levanta acerca da vitrine reluzente de artigos e produtos postos à venda, na ‘Expo-Carcerária’ – salão de ‘utilidades domésticas’ do inflacionado mundo prisional disponível para consumo da sociedade justa, que não cessa de sofisticar a resposta da ordem ao que é considerado pestilento – ecoa a estratégia utilizada por Christie na exposição destes “instrumentos pitorescos e banais”.

Ao mesmo tempo, a implantação das penitenciárias se afirmou como um poderoso instrumento de desenvolvimento econômico e de fomento do território. As populações das zonas rurais decadentes, em particular, não poupam esforços para atraí-las: ‘já vai longe a época em que a perspectiva de acolher uma prisão lhes inspirava esse grito de protesto: not in my backyard⁷. As prisões não utilizam produtos químicos, não fazem barulho, não expelem poluentes na atmosfera e não despedem seus funcionários durante as recessões. Muito pelo contrário,

⁷ “A expressão ‘not in my backyard’ (literalmente, ‘não no meu jardim’) e sua sigla NIMBY, referem-se aos movimentos locais de luta contra os danos industriais e comerciais surgidos nos anos 70 com o movimento ecologista. Designam por extensão a oposição à implantação de qualquer instituição que ameace a ‘qualidade de vida’ (e o valor imobiliário) de um lugar: usina, depósito de ônibus e descarga, mas também asilos, alojamentos para sem-teto, centros de desintoxicação, etc.” Nota do autor.

trazem consigo empregos estáveis, comércios permanentes e entradas regulares de impostos. A indústria da carceragem é um empreendimento próspero e de futuro radioso, e com ela todos aqueles que partilham do grande encerramento dos pobres nos Estados Unidos” (Wacquant, 2001:93).

A exposição da pesquisa de Wacquant assume vários pontos de toque com a de Christie. Contudo, as respectivas análises que se desdobram a partir daí são diferenciadas. A argumentação de Wacquant enfatiza o inflacionamento do mercado carcerário a partir do movimento de retração do Estado Social (*Welfare*), cedendo lugar para o que passa a ser denominado por ele como Estado Penalizador (*Workfare*). Wacquant insiste ao longo da exposição dos resultados de sua pesquisa que a indústria do controle do crime é uma produção suspensa no espaço que emerge com o advento do chamado neoliberalismo.

Para Wacquant, a emergência da política de tolerância zero encontra sua origem nos primeiros efeitos de retração do Estado Social, por consequência da ascensão do neoliberalismo. Sua pesquisa investe em demonstrar as diversas proveniências da gestação da tolerância zero nos Estados Unidos. Diante da amplitude e consistência da argumentação de Wacquant vale no momento destacar dois aspectos particulares contemplados por ele. O primeiro diz respeito a alguns elementos dispersos que simultaneamente mostram-se imbricados na edificação da política de tolerância zero. O segundo refere-se à exportação de tal política para outros países, especificando sua entrada na Europa via França e Inglaterra. O respaldo científico do que veio a se consolidar posteriormente como base de tal política na década de 1990 proveio do discurso criminológico fomentado por James Q. Wilson, “papa da criminologia conservadora norte-americana”, e George Kelling no início da década de 1980. Precursores da “teoria da vidraça quebrada”, adaptada do ditado popular “quem rouba um ovo, rouba um boi”, propagadora da idéia de que a perseguição dos chamados “pequenos distúrbios cotidianos” traz a coibição das “grandes patologias criminais” – sob o patrocínio do Manhattan Institute. O que na década

de 1990 assume visibilidade na política policial ostensiva de Nova York, contra algo que começa em atos imperceptíveis frente aos quais a ordem se sente extremamente ameaçada, já estava posto na década anterior pela teoria criminológica da direita. Do ponto de vista técnico-operacional, a incrementação desta polícia é levada a cabo por William Bratton, responsável pela segurança do metrô de Nova York e promovido a chefe da polícia municipal, sob o governo de Rudolph Giuliani.

O objetivo dessa reorganização: refrear o medo das classes médias e superiores – as que votam – por meio da perseguição permanente dos pobres nos espaços públicos (ruas, parques, estações ferroviárias, ônibus e metrô, etc.). Usam para isso três meios: aumento em dez vezes dos efetivos e dos equipamentos das brigadas, restituição das responsabilidades operacionais aos comissários de bairro com obrigação quantitativa de resultados, e um sistema de radar informatizado (com arquivo central sinalético e cartográfico) consultável em micro-computadores a bordo dos carros de patrulha) que permite a redistribuição contínua e a intervenção quase instantânea das forças da ordem, desembocando em uma aplicação inflexível da lei sobre delitos menores, tais como a embriaguez, a jogatina, a mendicância, os atentados aos costumes, simples ameaças e ‘outros comportamentos anti-sociais associados aos sem-teto. (Wacquant, 2001:24-26).

De forma consecutiva, a implementação operacional de tal política é veiculada na década de 1990 pelo Manhattan Institute, que associa a promoção da qualidade de vida à defesa de práticas de segurança que civilizam a cidade. O Manhattan Institute já deu continuidade ao seu papel de centro instrumentalizador de políticas de segurança em defesa da ordem pública, vinculado, neste caso, ao que Wacquant denomina de *Think Tank* – centros de pesquisa, grupos de consultoria em segurança urbana que fornecem subsídios para políticas governamentais.

Encontramos aí reunidos todos os ingredientes do simulacro de ciência política que fazem as delícias dos tecnocratas dos gabinetes ministeriais e as páginas de ‘de-

bates-opiniões' dos grandes jornais: um dado inicial que não está nem por sombra comprovado ('crescimento inexorável' [da violência]), mas acerca do qual se sustenta que perturbaria até os 'especialistas' (não dizem quais, por todos os motivos); uma categoria da concepção burocrática ('violência urbana') sob a qual cada um pode colocar o que lhe convier, visto que não corresponde a praticamente nada; uma pesquisa que não avalia grande coisa mais do que a atividade do instituto que a produziu; e uma série de falsas alternativas correspondendo a uma lógica de intervenção burocrática (repressão ou prevenção) que o pesquisador se propõe dissecar quando já estão resolvidas com sutileza na questão colocada (Wacquant, 2001:67).

O circuito de troca de influências, privilégios e captação de verbas dos designados *Think Tanks* e implementação de gestões governamentais não é prerrogativa dos Estados Unidos. Tampouco, encontra-se como um exercício isolado no tempo a partir das últimas décadas do século XX.⁸ Entretanto, a eficácia de tal prática pode ser constatada na exportação da política de tolerância zero para outros países e posterior transformação e adequação a cada local específico que “compra a idéia” e a traduz a seu modo como forma pertinente de justificar o comum no incomum: o combate à violência. Não é fortuito que William Bratton tenha ascendido de segurança do metrô a chefe de polícia de Nova York, para posteriormente prestar serviços a diversos governos, sob a mediação de *Think Tanks*, dentro e fora dos Estados Unidos, como consultor internacional de segurança pública. Um dos pontos vigorosos da exposição de Wacquant está em problematizar as conexões gestadas entre os governos de direita e os de tendência a centro esquerda e esquerda.

Um exemplo significativo deste tipo de articulação pode ser percebido na migração da política de tolerância zero para a Europa e em sua entrada pela Inglaterra de Tony Blair, com seu novo trabalhismo inglês e sua proposta de terceira via, e pela França de Lionel Jospin, com seu governo dito

⁸A este respeito, ver em especial A Delinquência Acadêmica: o poder sem saber e o saber sem poder de Maurício Tragtenberg (1979).

socialista que preconiza o tratamento penal da miséria. Este talvez seja um dos possíveis indicadores de que o tolerância zero não é um quinhão partilhado apenas pela direita ou exclusividade do chamado neoliberalismo que, segundo Wacquant, consiste no reduto preferencial do Estado Penalizador. Afinal Jospin faz parte da antiga social-democracia que defende o Welfare State Neste caso, importa menos a variação de grau que possa assumir tal política em cada local e região específica e mais o que deriva do pressuposto inventado pelo autoritarismo da direita e reconstruído sob as mais variadas nuances pelo discurso da esquerda, da oposição ou do que quer que o valha. Pois de modo dissimulado e bem intencionado – na boa intenção sempre há algo de dissimulado e desprezível, o voluntariado é emblemático disto – sob o pretexto da punição explícita ou do tratamento com vistas à ressocialização, redimensiona-se tanto o pequeno ou o grande tribunal e o arcabouço ininterrupto do confinamento. Ambos repletos de intenção moral.

Da “teoria da vidraça quebrada” à propagação internacional da política de tolerância zero – vinculada seja ao aumento absoluto de encarceramentos ou conjugada ao crescimento do regime de *probation* ou liberdade assistida –, reescreve-se a continuidade do sistema penal disposto na novidade da política de controle e na originalidade que este intensifica.⁹ Os dispositivos de inclusão disponíveis estreitam mecanismos de consumo e segurança condicionados à premissa do inventário cotidiano de cada pessoa. Trata-se da grande utopia de representação democrática, a inclusão universal. Existir no controle corroborando com a política da ordem

⁹ “O efeito prisional, nos Estados Unidos, mostra Wacquant, foi a desaceleração das penas alternativas com crescimento de penalizações para principalmente toxicômanos e pequenos delinquentes. (...) A nova penologia gera uma prisão a 'baixos custos' ao gosto da classe média. (...) A prisão sai fortalecida, a profissão de carcereiro cersce e se atualiza com a economia computo-informacional. A indústria da vigilância se expande não só nas prisões mas com dispositivos panópticos de natureza diversas para vigiar aqueles em probation lá, em penas alternativas por aqui. Grandes empresas lucram mais abastecendo-se de prisioneiros como mão de obra a baixo custo ao mesmo tempo em que fortalecem uma imagem pública da filantropia. No Brasil, guardadas as proporções, não se desconhecem os benefícios extraídos do trabalho imperativo pelas empresas e o fortalecimento dos carcereiros (se há ações sindicais que progridem são as dos carcereiros e policiais; neste sentido a Força Sindical não mede esforços em transmitir saber específico sobre técnicas de pressão à policiais, encontrando alguma função lucrativa a mais para si, ao lado das necessárias conexões com as corporações no sentido de estreitamento de interesses). O desenrolar do controle vai mais longe. O investimento está em arquivar eletronicamente por meio da vigilância informatizada, com o intuito de combater as incivildades” (Passeti, 2001:13-14).

pressupõe estar disponível para ser localizado e apanhado pelo poder a qualquer momento.

Não existe consciência com crítica ou sem crítica a ser perseguida, pois o que está em jogo guerreia em sua própria pele.

A consciência ampliada é indispensável na proliferação de áreas de pesquisa que os relatórios de produtividade acadêmica refazem no interior das universidades e institutos de pesquisas de forma espelhada ao que se encontra nos prontuários dos tribunais, prisões e manicômios. Trata-se da anamnese acadêmica potencializada no circuito da satisfação e privilégios barganhados em múltiplas carreiras intelectuais. Apazigüam-se tensões incontíveis por intermédio do bom acordo com a política da ordem e da moral. Jogo similar àquele que dá positividade ao saber de construção da delinquência, como bem mostrou Foucault ao explicitar a indissociável relação entre saber delinqüencial e saber policial como balizadores, antes de mais nada, do “bom acordo”.

Teóricos reformadores da defesa dos direitos apavoram-se diante da truculência da política de tolerância zero e alimentam estatísticas, pesquisas e programas de reacomodação da população, sob a justificativa da elaboração de novos programas de segurança que respondam à preservação do estatuto da dignidade humana, contrabalançada pela tolerância universal.

A política de tolerância zero é gestada, tanto quanto abrilhantada, na limpeza seletiva do que passou a ser designado o lixo das ruas, a peste reinventada. Estabelece conexões internacionais no escoamento de uma política embelezadora dos espaços de circulação pública para os corpos considerados são. Equação minimizadora do impessoal tolerável em favor do esquadrinhamento de atos cotidianos que devem ganhar a grandeza particular de um pressuposto vil.

‘Em Nova York, sabemos onde está o inimigo’, declarava Bratton por ocasião de uma conferência na Heritage Foundation, outro grande think tank neoconservador aliado ao Manhattan Institute na campanha de penalização da pobreza: os ‘squeegee men’, esses sem-teto que acosam os motoristas nos sinais de trânsito para lhes propor lavar seu para-brisa em troca de uns trocados (o novo

Rudolph Giuliani fez deles o símbolo amaldiçoado da decadência social e moral da cidade, e a imprensa popular os assimila abertamente à epidemia: ‘squeegee pests’ [peste dos limpadores de para-brisa]), ‘os pequenos passadores de droga, as prostitutas, os mendigos, os vagabundos e os pichadores’.¹⁰ Em suma, o subproletariado que suja e ameaça. É nele que se centra prioritariamente a política de ‘tolerância zero’ visando reestabelecer a ‘qualidade de vida’ dos nova-iorquinos que, ao contrário, sabem se comportam em público” (Wacquant, 2001:26-27).

Os efeitos produzidos pela aplicação do “tolerância zero” assumem desdobramentos múltiplos diferenciados que corroboram a incrementação da política de controle, atravessada pela colaboração recíproca entre aqueles que defendem abertamente este tipo de programa como entre os que apregoam uma prática diferenciada e, no entanto, aderem a dispositivos específicos deste mesmo programa, promovendo ajustes cabíveis, a fim de formatá-lo com vestes assistenciais provedoras da continuidade do princípio prisional equalizado ao humanismo. De tal sorte que, o alastramento da política de tolerância zero na Europa, como demonstra Wacquant, teve por porta de entrada preferencial a França e a Inglaterra com uma entusiástica adesão dos chamados partidos e governos de esquerda e, cada um a seu modo, construiu condições favoráveis para sua aplicação consonante à seletividade de demandas particulares, estrategicamente escolhidas na conjunção providencial capaz de articular prevenção e segurança.

Isto permite levar a problematização acerca do vínculo indissociável entre o ‘tolerância zero’ e ‘qualidade de vida’ ao limite da seguinte afirmação: a incrementação da política de segurança que emerge com toda sua ostensividade na década de 80 teve sua base-matriz equacionada, não no retraimento do Estado de Bem-Estar Social moderno mas, no espaço-tempo do apogeu de sua emergência. E isto, nada mais é do

¹⁰ “William Bratton, “Cutting crime and restoring order: what America can learn from New York’s finest”, Heritage Lecture, 573, Washington, Heritage Foundation, 1996, e idem, “The New York City Police Department’s Civil enforcement of quality of life crimes”, *Journal of Law and Policy*, 12, 1995, p. 447-64; e também “Squeegees’ rank high on next police commissioner’s priority list”, *The New York Times*, 4 dez 1993. Tony Blair e sobretudo Jack Straw, seu futuro ministro do Interior, retomarão o tema-espantalho dos “squeegee men” de modo idêntico, só que com alguns meses de atraso.” [nota de Wacquant].

que uma outra maneira de sublinhar que a construção do corpo para a paz é complementar à construção do corpo para a guerra. Trata-se, mais uma vez, da política entendida como guerra prolongada por outros meios.

O elo fraterno entre ‘tolerância zero’ e ‘qualidade de vida’ coteja a universalização do tribunal, quer em seu anseio moral de internacionalização em defesa da humanidade, quer em seu afã pela maioria da ordem do julgamento generalizado na proliferação do tribunal para grandes ou pequenas causas. Totalização que subjaz qualquer princípio moral. O jogo totalizador se efetiva na diferenciação de grau entre o designado crime lesa-humanidade e qualquer um diminuto que possa ser interceptado como aquele entendido como lesa-sociedade. A tipificação de crimes, que variam de acordo com cada época, é inerente à estratégia seletiva do sistema penalizador e da moral do confinamento. Reordenamentos seguros atravessados pelo que há de comum na insistência de qualificar a vida. Seus arranjos e rearranjos não abrem mão do conforto que encontram na adjetivação da vida, em sua metáfora e utopia.

REFERÊNCIAS

CHRISTIE, Nils - 1998 - *A indústria do controle do crime: a caminho dos GULAGs em estilo ocidental*. Rio de Janeiro, Forense.

FOUCAULT - 1997 - *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed..

PASSETTI, Edson - 2001 - "Abolicionismo penal: um saber interessado" In *Discursos Sediciosos - crime, direito, sociedade*. Ano 6 n° 12. Rio de Janeiro, Freitas Bastos Editora/Instituto Carioca de Criminologia.

PASSETTI, Edson - 2002 - "Anarquismos e sociedade de controle" In RAGO, Margareth, ORLANDI, Luiz B. Lacerda, VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.) *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro, DP&A.

TRAGTENBERG, Maurício - 1979 - *A Delinquência Acadêmica: o poder sem saber e o saber sem poder*. São Paulo, Rumo Editora.

WACQUANT, Loïc - 2001 - *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.

A SAÚDE COMO OBJETO DE REFLEXÃO FILOSÓFICA

Sandra Caponi¹

A saúde pode ser objeto de tematização dos mais diversos saberes. Resulta, claro, que não é só o profissional da saúde quem deve ter uma preocupação teórica com tal abrangência desse conceito, cada um de nós por ser submetido à dialética do normal e do patológico reiteramos, silenciosamente, a pergunta pelo significado e pela abrangência da saúde. Sabemos também que a tematização da saúde enquanto conceito não foi alheia à reflexão dos filósofos de diferentes escolas e períodos históricos. A questão que pretendemos avaliar aqui, refere-se à pertinência de uma reflexão filosófica do conceito de saúde. Dito de outro modo, tentaremos avaliar até que ponto os debates filosóficos podem contribuir para melhor compreender essa idéia, aparentemente simples, que pode ser, ao mesmo tempo, objeto de preocupações cotidianas e objeto de reflexão técnica e científica.

Hoje, mais do que nunca, tudo parece levar-nos a afirmar que uma compreensão do conceito de saúde depende de parâmetros científicos e claramente estabelecidos. Os recentes estudos genéticos parecem estar abrindo um horizonte ilimitado de possibilidades terapêuticas e de prevenção de enfermidades. Por trás do impacto provocado por estudos como o projeto genoma humano, a saúde perfeita parece ter deixado de fazer parte da utopia, para entrar no horizonte do possível. O mapeamento dos genes que predisporiam nosso organismo a determinadas enfermidades e a possibilidade de intervir na prevenção de certos riscos, nos permitem imaginar um futuro promissor. Não somente as intromissões no interior do organismo de cada indivíduo parecem trazer novas esperanças, mas também, se multiplicaram os conhecimentos e a identificação dos riscos

¹ Doutora em Lógica e Filosofia da Ciência (Unicamp, 1992). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora de CNPq.

que ameaçam a saúde das populações. A bioestatística e a aplicação da tecnologia de informática na ação sanitária permitem-nos mapear os riscos mais freqüentes nas diferentes populações e criar estratégias de prevenção das doenças e de promoção da saúde, a partir de campanhas sanitárias bem direcionadas.

Assim, parece que, se podemos definir claramente os códigos genéticos “defeituosos” de modo a poder evitar o aparecimento de anomalias genéticas e se, por outro lado, podemos definir condutas e ações de risco para controlar as enfermidades, é porque temos muito claro que é isto o que deve ser alcançado com estas intervenções. No primeiro caso, trata-se de nos aproximarmos do que seria um código genético normal; no segundo caso, trata-se de estimular a prevenção de atos e condutas visando garantir a existência de populações saudáveis. Porém, se nos interrogarmos sobre este código genético normal ou, de um modo mais amplo, se nos perguntarmos qual é o estado saudável que se quer alcançar com essas ações, veremos que, quase inevitavelmente, os conceitos de saúde e de normalidade tendem a confundir-se com o conceito de *freqüência*. O saudável se define pela busca de um código genético normal, sem alterações ou anomalias; e esta normalidade se define em termos de freqüência estatística: o que se encontra em maior quantidade, na média da população.

É então que começam a aparecer as dificuldades dessas tentativas de definir em termos “científicos” o conceito de saúde. Se nos restringirmos aos valores que devem ser considerados normais para um determinado órgão, veremos que “não encontramos apenas um intervalo normal para cada função de um órgão: rigorosamente falando, encontramos um número infinito destes intervalos” (Nordenfeld, 2000:60). Se, por outro lado, referirmo-nos ao código genético “normal”, veremos que existem infinitos exemplos de variações e desvios, de “anomalias” que não podem ser, em absoluto, consideradas como de valor negativo ou como patológicas. Veremos que, assim como não é possível identificar anomalia com patologia, do mesmo modo é impossível associar normalidade com saúde.

Ainda hoje, esta associação entre saúde e normalidade parece ser a base de sustentação daquela que poderíamos considerar como a definição mais corriqueira, e sem dúvida, a mais utilizada pelos profissionais da área de saúde.

Pensemos, por exemplo, na definição do conceito de saúde enunciada por Christopher Boorse, referindo-se à normalidade no cumprimento das funções das diferentes partes do organismo: “O normal é objetiva e propriamente definido como aquele cuja função está em acordo com o seu desenho” (Boorse, 1975:57). Nesse caso, o elemento essencial para a definição de desenho biológico é a noção de função natural, e qualquer alteração nesta função natural pode trazer ou provocar enfermidade. A saúde é pensada, então, como ausência de doença e, inversamente, a doença se define como: “o estado de um indivíduo que interfere nas funções normais (ou no funcionamento normal) de alguns órgãos ou sistema de órgãos” (Ibidem, 61).

Assim sendo, quando nos interrogamos sobre a função normal de um órgão ou sistema de órgãos, deveremos nos referir necessariamente à função estatisticamente representativa, isto é, ao resultado encontrado na média da população. Como vemos, quando Boorse define seu conceito bioestatístico de saúde-enfermidade, não existe nenhum espaço para sofrimentos individuais. Existem valores padrões dessas funções normais e uma alteração nesses padrões, independentemente de qualquer vinculação com as capacidades ou o sofrimento dos indivíduos, indica interferência nestas funções, indica sub-normalidade ou patologia. Quando falamos de mapa genético e de código normal, reproduzimos e ampliamos esta definição bioestatística dada por Boorse, e reiteramos também seus limites e circularidades: a frequência aparece às vezes como parâmetro de normalidade e a identificação entre saúde e normalidade se apresenta como inquestionável.

Embora esta definição bioestatística seja posterior aos estudos sobre normalidade, patologia, saúde e doença desenvolvidos por George Canguilhem, quase 30 anos antes, podemos tentar compreender os argumentos explicitados em “*O Normal e o Patológico*” como uma resposta à definição de saúde-enfermidade enunciada por Boorse. Para Canguilhem, não é possível reduzir o conceito de saúde a um conceito “científico”. Considerando que é impossível associar normalidade e saúde, ou anomalia e patologia, o recurso às medidas estatísticas, aos valores frequentes, aos cálculos, nada nos esclarece a respeito deste conceito. Não é possível

imaginar que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual, nem que possamos alcançar um conhecimento dela pela comparação entre organismos. “O ser vivo e o meio não podem ser chamados de normais se forem considerados em separado”, só se pode afirmar que um ser vivo é normal se o vincularmos com seu meio, se considerarmos as soluções morfológicas, funcionais, vitais, a partir das quais ele responde às demandas que seu meio lhe impõe. “O normal é poder viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (Canguilhem, 1990a: p. 146).

Dito de outro modo, não são as médias estatísticas, nem a fuga dos intervalos assim chamados normais, que nos indicam o momento em que se inicia uma doença, mas sim as dificuldades que o organismo encontra para dar respostas às demandas que seu meio lhe impõe. E, é justamente a consideração deste sofrimento, deste sentimento de impotência individual, que escapa às médias estatísticas, o que nos permite tentar uma definição menos restrita do conceito de saúde. Dagognet dirá, tomando como exemplo o diabético, que “não é possível ater-se à dose de açúcar para afirmar um diagnóstico. Devemos renunciar a uma teoria puramente quantitativa da doença. Escutemos o doente, porque a verdadeira diabetes implica um “conjunto” que ultrapassa a pura e simples glicemia. Não somente diz respeito ao pâncreas, mas também afeta a circulação. A doença sempre se irradia como se o organismo todo estivesse afetado, como se ele estivesse limitado em suas iniciativas. Estar doente é, então, perder a liberdade, é viver na restrição e na dependência” (Dagognet, 1996: 19-20).

Mirko Gremek formulará a seguinte pergunta: “Quando o médico, o doente e o entorno do doente falam de doença, será que eles se referem verdadeiramente à mesma realidade?” (1995: 17). É por isso que para tratar de dotar o conceito de doença de uma especificidade maior, a literatura científica utiliza o termo *disease* para referir-se a conceitualização de enfermidade/doença realizada pelo médico; o termo *illness* para designar a experiência subjetiva da doença, a vivência ou sofrimento individual, e se reserva um terceiro termo, *sickness*, para designar a percepção da doença pelo entorno não médico da pessoa afetada (Ibidem: 17). Um conceito operativo de saúde deverá integrar estes aspectos sem reduzir-se a uma definição negativa (ausência

de *disease*, *illness* ou *sickness*). Acreditamos que, para construir este conceito, será necessário desviar o olhar, aproximar-se desta questão não com os instrumentos do cientista, mas sim com os argumentos do filósofo.

A problematização da saúde como uma questão filosófica parece ter, ao menos, duas justificativas plausíveis. A primeira é que a saúde é um tema filosófico freqüente na época clássica. Dela ocuparam-se, entre outros autores, Leibniz, Diderot, Descartes, Kant e, posteriormente, Nietzsche. Porém, quando falamos de saúde, parece ter sido Descartes quem se converteu em uma referência obrigatória, e isto desde o momento em que lhe é atribuída a “invenção de uma concepção mecanicista das funções orgânicas” (Canguilhem: 1990b, p.20). Esta afirmação esconde algumas contribuições do pensamento cartesiano. Por outro lado, a distinção que deve ser feita, conforme o que se indica na VI meditação, entre um mecanismo e um corpo humano, por exemplo, entre um “relógio desregulado” e um “homem hidráulico” (Descartes, 1981: p.73). Esta distinção que difere daquela que podemos fazer entre um relógio regulado e um desregulado, indica a diversidade existente entre a regulação das máquinas e as funções orgânicas de um homem.

Por outro lado e, tal com o afirma Maurice Merleau-Ponty, será também Descartes quem reconhecerá a existência de uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, que é pura e exclusivamente “acessível a seu titular”. Será justamente a partir desta indicação de Descartes que Canguilhem construirá sua argumentação referente à saúde como um conceito vulgar e como uma questão filosófica. Ainda que insista na necessidade de não se levar a sério o mecanismo cartesiano pois, conforme dirá, é impossível falar de saúde de um mecanismo.

A segunda justificação será enunciada por Canguilhem em “*La Santé: concept vulgaire & question philosophique*”. Aí nos lembrará, acompanhando Merleau-Ponty, que “a filosofia é o conjunto de questões onde aquele que questiona é, ele próprio, questionado” (Canguilhem, 1990b: p.36). Na medida em que todos nós compartilhamos estes fatos próprios da condição humana que são o padecimento da dor e do

sofrimento, e na medida em que todos vivemos silenciosamente este fenômeno ao qual damos o nome de saúde, parece que todos, sejamos ou não, profissionais da saúde, devemos nos deparar, inevitavelmente, com esta questão.

Como afirma Nordenfeld (2000:16), a saúde não tem sido um fenômeno alheio à reflexão filosófica, ainda que muitas vezes tenha ocupado um lugar marginal entre outras questões mais valorizadas pelos filósofos, como a ética ou a política. De fato, não foi só a filosofia clássica que se ocupou da saúde, basta para isso que lembremos de Nietzsche, Maurice Merleau-Ponty e Georges Canguilhem. Eles consideraram a saúde como objeto de problematização filosófica, o primeiro em suas preocupações com o sofrimento individual, o segundo centralizando-se na temática da corporeidade, e Canguilhem, ao interrogar-se sobre a oposição normal-patológico e sobre a história das ciências biomédicas.

Tanto na primeira edição de *O Normal e o Patológico*, que data de 1943, como nos ensaios que depois de vinte anos darão lugar à versão revisada dessa obra, Canguilhem tomará como ponto de partida para analisar o conceito de saúde, a terceira parte do “*Conflito das Faculdades*” de I. Kant: “Podemos nos sentir bem, isto quer dizer, julgar segundo nossa impressão de bem-estar vital, porém nunca podemos *saber* se estamos bem. A ausência da impressão (de estar doente) não permite ao homem expressar que ele está bem senão aparentemente, só pode dizer que ele está *aparentemente* bem” (Canguilhem, 1990b: p.13). Kant sugere nestas linhas que a saúde é um objeto alheio ao campo do saber objetivo, e é a partir deste enunciado que Canguilhem pode sustentar sua tese de que “não há ciência da saúde”. A saúde, dirá ele, “não é um conceito científico, é um conceito vulgar. Isto não quer dizer trivial mas simplesmente comum, ao alcance de todos” (Canguilhem, 1990b: p.14). Digamos o mesmo de outro modo: a saúde não pertence à ordem dos cálculos, não é o resultado de tabelas comparativas, leis ou médias estatísticas e, portanto, seu estudo não é exclusivo das investigações biomédicas, sejam elas quantitativas ou não.

Ele mostrará que fisiologistas e biólogos preferem prescindir da exigência de enunciar um conceito de saúde. Este é o caso de Starling, fisiologista inglês, inventor do termo

Hormônio, em cujo tratado *“Principles of Human Physiology”*, não aparece em nenhum momento indexada a palavra *“Health”*. Claude Bernard, por sua vez, parece associar a saúde com divagações metafísicas, afirmando que: “Somente existem em fisiologia condições próprias para cada fenômeno que devemos determinar exatamente, sem nos perdermos em divagações sobre a vida, a morte, a saúde, a doença e outras entidades da mesma espécie” (Canguilhem, 1990b: p.19).

Esta exclusão explícita do conceito de saúde do âmbito do discurso científico aparecerá a partir do momento em que nos negarmos a aceitar esta antiga e arraigada associação pela qual se veicula a saúde do corpo com a eficiência de um mecanismo. Se não aceitarmos a associação corpo-mecanismo e pensarmos que para uma máquina seu estado de funcionamento não é a sua saúde, e o seu desarranjo nada tem a ver com a doença, deveremos então excluir do conceito de saúde as exigências de cálculo (de contabilidade) que pouco a pouco absorveram o seu sentido individual e subjetivo. A partir do momento em que falamos da saúde como um fenômeno “não contabilizado, não condicionado, não medido por aparelhos”, parece que ela deixa de ser um objeto exclusivo “daquele que se diz ou se imagina especialista em saúde” (Canguilhem, 1990b: p.24).

Lembrando Dagognet, Paul Rabinow (1999: 127) afirma que “Canguilhem deslanchou um ataque frontal àquele edifício da normalização tão essencial aos procedimentos da ciência e da medicina positivistas. É o sofrimento, e não as mediações normativas ou os desvios-padrão, que estabelece o estado de doença”. Quando falamos de saúde não podemos evitar as referências à dor ou ao prazer e, desse modo, estamos introduzindo, sutilmente, algo que escapa às medições, algo que Canguilhem chamou de “corpo subjetivo”. Se considerarmos este elemento, não poderemos deixar de falar na primeira pessoa, ali onde o discurso médico teima em falar na terceira pessoa.

A trajetória de Canguilhem como epistemólogo e historiador das ciências nos impede de pensar que estas afirmações pretendam defender uma volta à natureza selvagem ou a um individualismo radical. Canguilhem cuidará em manter distancia entre este conceito de corpo subjetivo,

“saúde em estado livre”, destas modalidades de pensamento que são o naturalismo e o anti-racionalismo. É consciente de que “a defesa da saúde selvagem, privada, por desconsideração da saúde cientificamente condicionada adotou todas as formas possíveis, inclusive as mais ridículas”².

O corpo subjetivo não é o oposto do saber científico, um não representa a alteridade radical do outro. Pelo contrário, o corpo subjetivo precisa destes saberes que lhe indicam e sugerem uma série de artifícios úteis à sua sustentação. Pois, “uma coisa é preocupar-se com o corpo subjetivo e outra é pensar que temos a obrigação de nos liberarmos da tutela, julgada repressiva, da medicina”. “O reconhecimento da saúde como verdade do corpo, no sentido ontológico, não só pode mas também deve admitir a presença, como margem e como barreira da verdade no sentido lógico, ou seja, da ciência. Certamente, o corpo vivido não é um objeto, mas para o homem viver é também conhecer” (Canguilhem, 1990b: p.36). Assim, estes conhecimentos que consideram o corpo como objeto são aliados e não inimigos de uma compreensão mais ampla do conceito de saúde.

Esta saúde sem Idéia, “presente e opaca” é, de todos os modos, o que valida e dá suporte às intervenções que o saber médico pode *sugerir* como artifícios para sustentá-la. E se falamos em sugerir é porque é preciso que o saber médico se disponha a aceitar que cada um de nós o instrua sobre o que “somente eu estou capacitado a dizê-lo”. Um bom médico será, então, aquele que possa nos auxiliar na tarefa de dar sentido, que para mim não é evidente, a este conjunto de sintomas, que de maneira solitária, não consigo decifrar. Um verdadeiro médico, dirá Canguilhem, será aquele que aceitar ser um exegeta, um tradutor, mais do que um conhecedor. O certo é que aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica em escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais. Implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se “exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos”, entendidos como grupo humano, como população.

Este conceito vulgar, que escapa de qualquer cálculo, tanto de médias estatísticas como de medição por aparelhos,

² Canguilhem fará uma referência importante sobre este ponto, dizendo que “o mesmo homem que militou para uma sociedade sem escolas apelou para uma insurreição contra o que chamou de “expropriação da saúde” (Canguilhem, 1990b: p.34), fazendo assim uma clara alusão a “Nêmesis de la Medicina”, de Ivan Illich.

esta saúde não condicionada, é pensada por Canguilhem em termos de “margem de segurança”. Por isso ele dirá que ao falar de uma saúde deficiente estamos falando da “restrição da margem de segurança, da limitação do poder de tolerância e de compensação às agressões do meio ambiente” (Canguilhem, 1990b: p.35). Como vemos, 50 anos depois, Canguilhem permanecerá fiel àquilo que chamou de um esboço de definição de saúde no ano de 1943: a saúde era entendida então em relação à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância (ou de segurança) que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do seu meio.

Talvez a maior riqueza da análise de Canguilhem consista na sua insistência em tomar como ponto de partida as infidelidades, os erros. “*O Normal e o Patológico*” introduz uma importante inversão nos estudos referentes à saúde, uma inversão pela qual se privilegia o estudo das anomalias, das variações, dos erros, das monstruosidades, das infrações e das infidelidades, para assim compreender e tentar demarcar o alcance e os limites dos conceitos de normalidade, média, tipo e saúde. Canguilhem se depara assim com toda esta tradição médica que privilegia o normal e que imagina e reduz qualquer tratamento a um restabelecimento da normalidade perdida. Para esta tradição: “A prática médica estava direcionada a estabelecer cientificamente estas normas e - a prática seguindo a teoria - ao retorno do paciente à saúde, restabelecendo a norma da qual o paciente se desviara” (Rabinow, 1999: p.127).

Como ele mesmo afirmará, 20 anos depois desta primeira edição: “hoje insistiria na possibilidade e ainda na obrigação de esclarecer as formações normais pelo conhecimento das formas monstruosas. Afirmaria ainda com maior convicção, que não há diferença entre uma forma viva perfeita e uma forma viva malograda” (Canguilhem, 1990a: l 3). Este privilégio concedido ao erro nos fala claramente de um conceito de saúde que é alheio a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e pré-estabelecida, o conceito de saúde que será enunciado a partir daí deverá considerar e integrar as variações e as anomalias, deverá poder atender às particularidades daquilo que para uns e outros está implicado em sua percepção do que é “saúde” e “doença”. Seguindo esta mesma idéia de argumentação, Christophe Dejours poderá afirmar, referindo-se especificamente ao mundo do

trabalho, que: “É a variedade, a variação, as trocas, o que resulta de mais favorável à saúde” (Dejours, 1986: p.8).

Pensar a saúde a partir de variações e de anomalias implica em negar-se a aceitar um conceito que se pretenda de valor universal, e conseqüentemente, implica em negar-se a considerar a doença em termos de desvalor ou contravalor. “Ao contrário de certos médicos sempre dispostos a considerar as doenças como crimes, porque os interessados são de certa forma responsáveis, por excesso ou omissão, acreditamos que o poder e a tentação de tornar-se doente é uma característica essencial da fisiologia humana. Transpondo uma frase de Valéry, pode-se dizer que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde” (Canguilhem, 1990a: p.162). A partir desta perspectiva, a saúde pode ser pensada como a possibilidade de ficar doente e de poder recuperar-se, como um guia regulador das possibilidades de ação” (Canguilhem, 1990a: p.146).

Esta possibilidade de abusar da saúde pode ser compreendida a partir das atuais polêmicas referentes à necessidade de que as estruturas orgânicas satisfaçam o requisito de Symorphosis (Weibel, 1998: 2). Com isto quer-se designar este ajuste ao qual se refere Boorse, entre desenho estrutural e requerimento funcional ou orgânico. Esta tese supõe que o desenho dos organismos tende a ser ótimo, quer dizer, que não existe estrutura além daquela necessária para cumprir uma função” (Weibel et al., 1998:3). Pelo contrário, para Canguilhem, o que caracteriza os organismos é a sua prodigalidade, um certo excesso de cada um dos nossos órgãos, que nos permite garantir uma certa margem de segurança acima do desempenho normal. “Pulmão de mais, rins de mais, pâncreas de mais, ainda cérebro de mais se limitássemos a vida à vida vegetativa. O homem se sente portador de uma super abundância de meios, dos quais é normal abusar” (Canguilhem, 1990: 133).

Porém, se por um lado o conceito de saúde se refere às funções orgânicas, por outro, deve referir-se também ao “corpo subjetivo”. É a partir desta singularidade que deve ser pensado o ser vivo: “este existente singular cuja saúde exprime os poderes que o constituem, a partir do momento em que deve viver sob a imposição de tarefas, isto é, em relação de exposição a um meio que ele próprio escolheu” (Canguilhem, 1990b: p.22). É esta polaridade dinâmica com o meio o que

define um ser vivo. Trata-se simultaneamente de uma atividade polarizada, os dois pólos são saúde e enfermidade, de uma atividade normativa, e não é possível reduzi-la a sofrimento - não sofrimento, sendo preciso considerar noções que implicam avaliação e eleição, tais como “adaptação” ou “regulagem”. Esta polaridade dinâmica difere, em cada um de nós, e esta diferença torna-se radical no modo como nos representamos o conjunto de capacidades ou poderes que possuímos para enfrentar as agressões às quais estamos inevitavelmente expostos.

Sendo assim, este corpo não é uma essência presente para sempre, sem que suponha uma certa duplicidade. Por um lado, é aquele que nos é dado, seu genótipo. Por outro, é algo que pertence à ordem do efeito, é um produto, seu fenótipo. É no jogo desta duplicidade que se recortam as singularidades e que se definem as capacidades para enfrentar as infidelidades. No primeiro caso, e ao falar das composições peculiares do patrimônio genético que existe em cada um de nós, Canguilhem ressaltará que os erros de codificação genética podem ou não determinar a existência de patologias, conforme as demandas impostas pelo meio aos sujeitos. Insiste em afirmar que uma anomalia, seja ou não genética, não pode ser associada imediatamente a uma patologia. As anomalias possuem valor neutro enquanto as patologias possuem valor negativo. Assim, uma anomalia só poderá ser considerada patológica se ela estiver vinculada com um sentimento direto e concreto de sofrimento, “um sentimento de vida contrariada”. Neste caso, e somente neste caso, estarão justificadas as intervenções no código genético, com sentido terapêutico.

Porém, o corpo não é só o resultado de seu patrimônio genético, tese elementar que os novos estudos genéticos parecem teimar em esquecer (Dagognet, 1996: 55), o corpo deve ser compreendido como o efeito, como produto, e é então que surgem as questões teóricas e políticas que merecem ser analisadas detidamente. “O corpo é um produto na medida em que sua atividade de inserção em um meio característico, seu modo de vida escolhido ou imposto, desporto e trabalho, contribuem para modelar seu fenótipo, isto é, para modificar sua estrutura morfológica, levando a singularizar suas capacidades” (Canguilhem, 1990b: p.24).

Existem aqui diversas questões a serem consideradas

com relação ao vínculo saúde-sociedade. Por um lado, existem condições de vida impostas, convivência em um meio com determinadas características que não são nem poderiam ser escolhidas: alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes. Todas estas características constituem este conjunto de elementos que precisa ser considerado na hora de programar políticas públicas e intervenções, com tendência a criar formas de transformação destas desigualdades que reconhecemos como causas de predisposição para diferentes enfermidades. Até aqui a etiologia social da doença nos remete ao âmbito do público, e é nesse âmbito que deveriam delinear-se as estratégias de intervenção.

Porém, existem estilos de vida escolhidos, eleições e condutas individuais que pertencem ao âmbito do privado que, entretanto, também consideramos como dados a serem explicitados quando falamos de “etiologia social”. É preciso lembrar que a normalização das condutas e dos estilos de vida faz parte do próprio nascimento da medicina social. Desde o seu início, o âmbito do público e o âmbito do privado começaram a misturar suas fronteiras, fazendo com que as políticas de saúde se convertessem em intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados “promíscuos”, “alienados”, ou simplesmente “irresponsáveis”. Ao falar do corpo como um produto, devemos considerar a complexidade desta distinção que é aparentemente trivial (basta pensar nas políticas de vacinação), pois até hoje parece existir uma falta de simetria entre as intervenções que privilegiam um ou outro destes âmbitos. Tudo parece indicar que é mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência.

Giovanni Berlinguer diferenciará estes dois espaços de intervenção ao referir-se ao conceito de iniquidade. Acompanhando Margaret Whitehead, ele considera que devem ser pensadas como diferenças injustas, como iniquidades, aquelas diferenças derivadas de comportamentos insalubres, quando a escolha do indivíduo é claramente limitada; a exposição a condições de vida estressantes e insalubres e o acesso inadequado a serviços de saúde essenciais. Pelo contrário, não podem ser consideradas injustas as diferenças derivadas de condições naturais, patrimônio

genético por exemplo, nem os comportamentos prejudiciais à saúde que foram livremente escolhidos (Berlinguer, 1996: 85). É preciso dirigir as políticas públicas para controlar as desigualdades do primeiro grupo, evitando intromissões indesejáveis em condutas que os indivíduos tenham escolhido livremente. As intervenções que tendem a diminuir a exposição a condições de vida insalubres resultam essenciais se compreendermos que a saúde só pode ser pensada nesta polaridade dinâmica, vinculadas ao indivíduo e ao meio. É no interior de um meio capaz de garantir uma existência saudável que o indivíduo pode constituir-se como um sujeito capaz de tolerar as infrações e as infidelidades a que estão expostos.

Pelo contrário, a diminuição da saúde supõe limites a essas compensações contra as agressões do meio. E da mesma maneira em que certas doenças contribuem para diminuir esta margem de tolerância, existe todo um conjunto de condições desfavoráveis de existência que devem ser considerados como sendo causas de predisposição para doenças futuras: falta de alimentação adequada, trabalho infantil, desnutrição ou exposição a inclemências ambientais.

A saúde não pode ser reduzida a mero equilíbrio ou capacidade de adaptação, pode definir-se como “o conjunto de seguranças no presente e de seguros para o futuro”, como a possibilidade de ficar doente e de se recuperar. A saúde é algo assim como “um luxo biológico” que nada tem a ver com equilíbrio, adaptação ou conformidade com o meio ambiente.

Poderíamos dizer que a definição de saúde dada por Canguilhem supõe uma certa capacidade da adaptação, porém que a excede. É que a explicação orgânica de ajuste ou adaptação corresponde, desde a sua perspectiva teórica, não ao conceito de saúde mas sim ao conceito de “normalidade”. Esta capacidade de ajuste nos fala de um organismo normal que, entretanto, podemos ou não considerar como saudável. Pensemos, por exemplo, em uma pessoa que por alguma razão possuísse somente um rim. Suponhamos também que esta pessoa conseguisse cumprir as exigências impostas por seu meio, conseguisse levar uma vida livre de obstáculos e dar respostas ativas de modo a conquistar um ajuste e uma inter-relação de forma e de função com seu meio ambiente. Diremos, neste caso, que esta pessoa é normal no sentido restrito da compatibilidade com a vida, mesmo que não possa ser considerada “saudável”. E isto se baseia na incapacidade que

caracteriza esta pessoa para viver em um meio diferente, em um meio que não seja restritivo e controlado, em relação ao qual já se tenha obtido um estado de equilíbrio. Neste caso, como nos outros, pensemos em certas malformações ou afecções: uma pessoa pode ser normal em um determinado meio e não sê-lo diante de qualquer variação ou infração do mesmo.

Por “normal” devemos entender algo além de “compatível com a vida”, como vimos, o conceito de normal está indissolavelmente ligado com o de média estatística ou tipo. Sabemos que esses conceitos, longe de serem estritamente biológicos, respondem a parâmetros ou médias, considerados como “normas” de adaptação e de equilíbrio com o meio ambiente. Canguilhem estabelece a este respeito um debate com aqueles teóricos que supõem existir uma identificação entre norma e média pela qual os valores considerados como médias estatísticas nos dariam as medidas certas daquilo que deve ser considerado como Normal para um organismo. Em *O Normal e o Patológico*, inverterá esta suposição e afirmará que, num sentido estrito, não é a média que estabelece o normal, mas, pelo contrário, “as constantes funcionais exprimem normas de vida que não são o resultado de hábitos individuais e sim de valores sociais e biológicos”. Afirma que devemos considerar as medidas (constantes) fisiológicas como expressão de Normas coletivas de vida, histórica e socialmente mutantes.

Isto implica em afirmar que quando o Homem inventa formas de vida inventa também modos de ser fisiológicos, e que é através da variação das normas sociais e vitais que se produzem variações nas médias estatísticas que consideramos constantes funcionais. “O normal não tem a rigidez de um determinante que vale para todas as espécies, mas somente a flexibilidade de uma norma que se transforma em relação às condições individuais, então é claro que o limite entre o normal e o patológico se apresenta impreciso” (Canguilhem, 1990a: p.145).

Esta imprecisão que se refere às fronteiras estatísticas que separam vários indivíduos considerados simultaneamente é, em compensação, “perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente” (Ibidem). Como Canguilhem insistirá, a distinção entre o normal e o patológico é algo muito diferente de uma simples variação quantitativa, como supuseram Claude Bernard, Auguste

Comte ou Emile Durkheim; existe, pelo contrário, uma diferença qualitativa substancial, entre um e outro estado que não pode reduzir-se a cálculos, médias ou constantes. “O patológico implica em um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (Canguilhem, 1976: p.187). A saúde, por sua vez, implica muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica na capacidade de *instituir novas normas em situações novas*.

Insistimos até aqui nas dificuldades inerentes a uma associação entre os conceitos de normalidade, saúde e freqüência. Porém, o conceito de ‘normal’ é duplo, de um lado nos remete, como já vimos, à noção de média estatística, constantes e tipos, de outro lado, trata-se de um conceito valorativo que se refere àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade. O primeiro sentido é solidário ao conceito de saúde enunciado por Boorse. O segundo vincula o normal com valores sociais ou vitais: diz-nos como uma função ou processo “deveria ser” (Nordenfeld, 1999: p.64). Tal como afirma Michel Foucault, “é o elemento que circula do disciplinário ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações, e que permite controlar a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana, é a norma” (Foucault, 1992: p.181). Acreditamos que este sentido valorativo do normal pode nos permitir uma melhor compreensão do conceito de saúde enunciado pela OMS: “A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou doença”(Moura, 1984: p.43).

Esta definição é freqüentemente objeto de críticas, diz-se por exemplo, que é um conceito utópico porque este estado é inatingível, diz-se que é impossível medir o nível de saúde de uma população a partir deste conceito porque as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar, e afirma-se, na maioria das vezes, tratar-se de uma definição que carece de objetividade porque está baseada em um conceito subjetivo, que é o conceito de bem-estar. Madel Luz, por exemplo, dirá que “não é preciso, nem possível adotar a poética definição da OMS porque não teríamos como medir, pela subjetividade implícita na definição, a extensão da ausência de saúde na população brasileira, ao longo de sua história” (Luz, 1979: p.165).

Parece que a maior dificuldade desta definição está no caráter “mutante”, “móvel” e “subjetivo” que parece ser inerente ao conceito de bem estar. Acreditamos, contudo, que o caráter subjetivo parece ser um elemento inerente à oposição enfermidade-doença. É necessário pensar que ainda que se restrinja o fenômeno saúde ao âmbito do puramente biológico, existe um elemento, caracterizado e categorizado como sintoma, que não pode jamais ser liberado totalmente de seu caráter subjetivo, referimo-nos à “dor”. Na medida em que toda dor é uma sensação, ela variará necessariamente de acordo com aquele que a sente e nem sempre poderá ser enunciada do mesmo modo por diferentes sujeitos, ainda que possa ser reduzida a um “padrão constante”. Sendo assim, será preciso afirmar que, inclusive o mais rigoroso e estrito mecanismo biologicista (na medida em que não pode prescindir de referências a “sintomas” e, conseqüentemente, a estados subjetivos de “dor”) não pode escapar desta crítica.

Isto é, o caráter subjetivo é inseparável do conceito de saúde, e esta associação permanecerá restrita ou ampliada, não importa a definição que dermos da mesma. Acreditamos que a maior dificuldade deste conceito não se deva a seu caráter utópico e subjetivo, mas somente ao que pode resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e de exclusão de tudo aquilo que consideramos como fora do normal, indesejado ou perigoso. A partir do momento em que se afirma o “bem-estar” como valor (físico, psíquico e social), reconhece-se como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que em uma sociedade, e em um momento histórico preciso, nós qualificamos de modo positivo (aquilo que produz ou que deveria produzir uma sensação de bem-estar, aquilo que se inscreve no espaço da normalidade): a laboriosidade, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos.

Ao fazê-lo, se desqualificará inevitavelmente, como um desvalor, como o seu reverso patológico e doentio de tudo aquilo que se apresente como perigoso, indesejado ou que simplesmente é considerado como um mal. Como afirma Canguilhem, citando Bachelard: “A vontade de limpar precisa de um adversário que esteja à sua altura”. Por isso, o conceito de normal entendido como valor não se opõe nem à doença nem à morte, mas somente à monstruosidade que é seu contravalor vital. A monstruosidade não é senão um fenômeno biológico intermediário entre o médico e o jurídico. A

monstruosidade se associa à diferença, à variabilidade de valor negativo, no sentido vital e social: é aquilo que consideramos como social e medicamente perigoso e nocivo (Canguilhem, 1976: p.204).

Parece haver algo que escapa a estas definições da OMS, algo que Nietzsche soube enunciar em um de seus aforismos de “*La Gaya Ciencia*”, quando denuncia que aqueles que pretendem socorrer aos outros “não pensam que o infortúnio pode ser uma necessidade pessoal e que você e eu podemos necessitar tanto do terror, das privações, da pobreza, das aventuras, dos perigos, dos desenganos como dos bens contrários” (Nietzsche, 1984: §338). O certo é que os infortúnios, assim como as doenças, sejam eles procurados ou desejados, fazem parte de nossa existência e não podem ser pensados em termos de crimes e de castigos. E, é algo assim que fazemos quando pensamos nas infrações, em termos de doença, quando assistimos medicamente aos “indesejáveis”, quando consideramos como objeto de medicalização aquelas pessoas que não desejam, ou simplesmente não procuram conquistar este amplo e equívoco valor que chamamos de “bem-estar”.

Esta ambigüidade parece ser ainda mais difícil de aceitar quando falamos de bem-estar social ou mental. Dejours afirmará não somente que é difícil definir o que devemos entender por “bem-estar mental” mas que, vendo mais longe, pode tornar-se “muito perigoso tentar defini-lo”. Para explicar isto, ele recorrerá a dois exemplos: o alcoolismo e a angústia. O estado de bem-estar parece supor uma existência sem angústias, desconsiderando que os erros, os fracassos, as infidelidades fazem parte de nossa história, e que em alguns casos este mal estar pode resultar mais estimulante do que a absoluta carência de desafios. A partir do momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los. É por isso que Canguilhem dirá que não existe nada igual à uma saúde perfeita, e que a “experiência do vivo inclui a experiência da doença”.

Porém, ao falar de bem-estar social e mental sem problematizar estes conceitos, o discurso médico acaba ocupando o lugar do discurso jurídico, e tudo aquilo que consideramos perigoso torna-se objeto de uma intervenção que já não se baseia na pretensão de proteger a sociedade

destes sujeitos indesejáveis, mas ao contrário, se baseia na certeza de que esta intervenção persegue um objetivo altruísta, seja o caso da recuperação das pessoas ou da prevenção de riscos. Acreditamos que é preciso negar-se a aceitar qualquer tentativa de caracterizar os infortúnios como patologias que devem ser assistidas medicamente, bem como é preciso negar-se a admitir um conceito de saúde baseado em uma associação com tudo aquilo que consideramos como moral ou existencialmente valorizável. Pelo contrário, é preciso pensar em um conceito de saúde capaz de contemplar e de integrar nossa capacidade de administrar de forma autônoma esta margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por que não dizer, de “mal-estar”, com que inevitavelmente devemos conviver.

Isto nos conduz a outra dificuldade; no momento em que se associam conceitos de normalidade e saúde, também e como consequência inevitável, se associarão os conceitos de patologia e anomalia. Sendo assim, qualquer variação do tipo específico (esta é a definição que Canguilhem dá de anomalia) será considerada como patológica, isto é, como uma variação biológica de valor negativo, e conseqüentemente, como passível de medicalização. Esta extensão da terapêutica a qualquer variabilidade parece esquecer que a patologia só pode ser considerada assim no que diz respeito ao reconhecimento que o ser vivo faz de si próprio como doente, pois só ele pode conhecer o momento exato em que começa a doença, e este momento será caracterizado pela incapacidade de dar resposta aos deveres que seu meio lhe impõe.

Por fim, digamos que as mesmas dificuldades assinaladas por Dejours, ao falar de bem-estar mental, se repetem ao falar de bem-estar social. Canguilhem afirmará em sua crítica a Comte que não podemos falar sem ambigüidade de normalidade e de patologia social: o normal e o patológico, embora nos remetam a valores sociais, não podem ser pensados independentemente dos valores vitais, e conseqüentemente, não podem ser predicados de fenômenos sociais sem gerar dificuldades.

Segundo a concepção de Canguilhem, não existem as assim chamadas patologias, nem as assim chamadas anomalias sociais. Neste sentido, em um “mal-estar social”, tal como, por exemplo, aquele que é experimentado por um estrangeiro diante das dificuldades e infidelidades que seu novo meio lhe impõe, nem o mais insignificante aspecto poderia ser pensado

como uma patologia. É justamente neste exemplo das chamadas patologias sociais que se centraram suas críticas a Comte e a Durkheim; ambos supuseram, ainda que de maneiras diferentes, que é possível traçar analogias entre o corpo e a sociedade e que, conseqüentemente, é possível falar de anomalias ou de patologias sociais: um amplo espectro que pode incluir o suicídio, o crime ou a revolução.

A relação entre fatores biológicos e sociais, ou entre normas biológicas e sociais, é um problema teórico complexo (Grmek, 1995: 27). Não é simples decidir o que devemos compreender por normalidade ou bem-estar social, mas sem dúvida, ficarão excluídas deste espaço as atitudes chamadas de “desajuste social”. Como afirma Aubrey Lewis (1998), o desajuste social de um indivíduo nunca será total, e se compreendermos que muitas vezes o que chamamos de desajuste está diretamente ligado à “não conformidade com as instituições, práticas tradicionais, costumes verbais e outros costumes predominantes na sociedade, este tipo de desajuste social poderia ser, claro, aceito e admirado” (1998: p. 163). É surpreendente que, durante tanto tempo, a insistência em vincular mal-estares biológicos e sociais tenha podido se repetir e ser utilizada como instrumento teórico privilegiado na área da saúde pública, sem que tenha sido realizada uma crítica dos inúmeros problemas que esta associação supõe. Se assumirmos a necessidade de uma crítica dirigida a estas “construções conceituais pouco sólidas”, deveremos concordar com a afirmação de que “apesar de politicamente generosa, nossa profissão de fé nos “determinantes sociais”, que se estendeu por uma geração inteira de expoentes do pensamento social em saúde, acabou substituindo o “texto” pelo “contexto” (Castro Santos, 1998: 148), acabou confundindo dois níveis de análise, o das condições sociais de existência e o das patologias sociais.

A saúde entendida como margem de segurança exige que integremos aqueles elementos relativos às condições de vida que foram enunciados na definição ampliada da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1986); acontece que esta integração se dá de um modo diferente. Tanto Dejours quanto Canguilhem partem de uma mesma suposição: “A saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas. Esta idéia é primordial e fundamental, não se pode substituir os atores da saúde por elementos externos” (Dejours, 1986:

p.8). Dito de outra maneira, a fronteira entre o normal e o patológico só pode ser precisa para um indivíduo considerado “simultaneamente”, é cada indivíduo quem sofre e reconhece suas dificuldades para enfrentar as demandas que seu meio lhe impõe.

Não é exclusivamente por esta referência à polaridade indivíduo-meio que os estudos de Canguilhem podem contribuir para a saúde coletiva; existem outros elementos que precisam ser considerados. A tese de que a experiência do ser vivo inclui a doença, isto é, a idéia de que não existe saúde perfeita, nos fala da ilegitimidade destas políticas de saúde preocupadas em alcançar objetivos impossíveis; talvez descubramos que estas políticas estão mais próximas das estratégias de mercado do que dos efetivos programas de promoção da saúde. A tese que afirma que não é possível identificar anomalia com patologia pode contribuir para redefinir certos programas sanitários. Lembremos que a anomalia é uma variação individual, uma irregularidade que escapa das freqüências médias, não é um termo normativo ou apreciativo, mas sim descritivo. Se esta anomalia se vincula a sofrimento individual, a “sentimento de impotência e de vida contrariada”, então, e só então, poderá ser considerada como uma patologia. Acontece que este *phatos*, este sentimento não está registrado nas estatísticas que estabelecem freqüência e normalidade e, muitas vezes, os programas de saúde coletiva omitem este fato, identificando desvio da média com patologias a serem corrigidas ou com condutas de risco a serem prevenidas.

O conceito de saúde como abertura ao risco nos permite repensar os conceitos de prevenção e de promoção da saúde. Lembremos que para Canguilhem, a saúde implica em segurança contra os riscos e em audácia para corrigi-los, implica na possibilidade de superar nossas capacidades iniciais. Nesse sentido, será competência dos programas de saúde coletiva criar estratégias de prevenção das doenças, capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história.

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, Giovanni: *Ética da Saúde*. São Paulo. Hucitec. 1996
- BOORSE, Christopher: *On the Distinction between Disease and Illnes*. Philosophy and PUBLIC AFFAIRS, Nro 5 (p.40-68). 1975
- CANGUILHEM, Georges: *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitaria. 1990 (1990a)
- CANGUILHEM, Georges: *La Santé. Concept Vulgaire & Question Philosophique*. Paris. Ed. Sables. 1990 (1990b)
- CANGUILHEM, Georges. *El Conocimiento de la Vida*. Barcelona. Ed. Anagrama. 1976
- CASTRO, Luiz Antonio Santos. *Os Significados da Saúde: Uma Leitura de Audrey Lewis*. Rio de Janeiro. Ver. Phycis V.8 N.1 1998
- DAGOGNET, François: *Pour Une Philosophie de la maladie*. Paris, Ed. Textuel. 1996
- DEJOURS, Christophe: "Por um novo conceito de saúde". In *Revista Brasileira de saúde Ocupacional*. 1986.
- DESCARTES, René: *Meditaciones Metafísicas*. Madrid. Hispamérica. 1981.
- FOUCAULT, Michel: *Genealogía del Racismo*. Buenos Aires. Ed. Altamira. 1992.
- GREMEK, Mirko: *Declin et emergence des maladies*. Rev. História, Ciências, Saúde- Manguinhos. VII-N 2. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 1995.
- LEWIS, Audrey: *A Saúde como Conceito Social*. Rio de Janeiro. Ver. Phycis V.8 N.1 1998
- LUZ, Madel: "Saúde e Instituições Médicas no Brasil". In Reinaldo Guimarães (org), *Saúde e Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro. Graal, 1979.
- MOURA, Demócrito: *Saúde não se dá, Conquista-se*. São paulo. Hucitec. 1989

NORDENFELD, Lennart: *Conversando sobre Saúde: um diálogo filosófico*. Florianópolis. Ed. Bernuncia. 2000

RABINOW, Paul: *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro. Relume Dumará. 1999

WEIBEL, E. "Symmorphosis and Optimization of Biological design: introduction and questions". In Weibel, E; Taylor, R; Bolis, L (eds.) *Principles of Animal Design: the optimization and Symmorphosis Debate*. Cambridge: Cambridge University Press. 1998 (p.1-10)

A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR COMO VIA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Fabiano Pries Devidel

Resumo

A Educação Física Escolar (EFE) e a saúde estão associadas ao longo da história, por influência, principalmente, da instituição médica. No âmbito escolar, alunos(as) ainda possuem uma representação social de causalidade sobre a relação entre a EFE e a saúde, tendendo a desconsiderar a multifatorialidade da saúde, a necessidade de sua desmedicalização e a importância da educação para a saúde. Este ensaio tem como objetivo problematizar as relações entre a EFE e a saúde, questionando a) como os professores podem contribuir para uma transformação desta representação social, através de sua prática pedagógica; e b) como a EFE pode ser um veículo de educação para a saúde dos alunos(as).

Palavras-chave: Educação Física Escolar, Saúde, Representações Sociais.

Introdução

(...) Falar em saúde nas aulas de educação física nos impõe a pensar na miséria, na desnutrição, nos que não tem onde morar e nem onde plantar (...) (Alves Junior, 2001, p. 43).

A discussão sobre as possíveis relações construídas historicamente entre a Educação Física, os esportes ou a prática dos exercícios e a saúde vêm sendo, com o decorrer dos anos, tema de debates no meio acadêmico². Na última

¹ Doutor em Educação Física e Cultura/UGF/RJ. Professor da Universidade Estácio de Sá/RJ; Professor das redes públicas de ensino do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Teresópolis/RJ.

² São indicadores deste movimento alguns trabalhos como os de Carvalho (1995) e Lovisolo (2000), o número crescente de pesquisas sendo divulgadas em congressos representativos da área, como o Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e o Congresso Brasileiro de História da Educação Física, Esporte, Lazer e Dança, além de periódicos que têm trazido como temática a questão da Saúde e sua relação com a Educação Física, como a Revista Brasileira de Ciências do Esporte, que em seu v. 22, n.2 traz um conjunto de artigos que problematiza a questão por diferentes enfoques, como os do sujeito da relação entre atividade física e saúde, da saúde pública, da Educação Física Escolar e da história do esporte.

década, porém, um diferencial pode ser notado: as reflexões ultrapassaram a dimensão estritamente biológica da saúde, encarada enquanto ausência de doenças ou um completo bem-estar físico, mental e social, para um questionamento sobre as relações complexas que a saúde mantém com a prática dos exercícios, problematizando as questões de ordem multifatorial relacionadas à saúde, que acabam por enfraquecer esta relação.

Este ensaio tem como objetivo central, problematizar as relações entre a Educação Física Escolar (EFE), enquanto área de conhecimento, e a saúde, questionando quais os papéis que esta disciplina, enquanto integrante da grade curricular, pode desempenhar, com vistas à promoção da saúde dos seus alunos. Antes, pretendo estabelecer qual o entendimento que este ensaio incorpora sobre o conceito de saúde e suas relações com a EFE.

O conceito de saúde e suas relações com a Educação Física Escolar

A saúde não é mais considerada como a ausência de doenças. Num primeiro momento, passou a ser interpretada pela Organização Mundial da Saúde como um completo bem-estar físico, mental e social. Esse conceito ainda permanece no ambiente profissional da EF, sendo ainda circulante nos cursos de graduação³.

A saúde não é uma condição estática, existente somente devido à ausência de doenças, mas um processo de aprendizagem, tomada de decisão, e ação para otimização do bem-estar próprio. Neste ensaio, compartilho do conceito construído no documento final da VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, que faz alusão à idéia da saúde como uma questão multifatorial, interpretada como

o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. (FARIA JÚNIOR, 1991, p.16).

³ Devide e Ferreira (1997) em estudo com formandos de Licenciatura em EF, constataram que a grande maioria deixa a universidade em direção ao mercado de trabalho reproduzindo o conhecimento reificado a respeito do binômio exercício-saúde, estabelecendo uma relação de causalidade, não discutindo ou reconhecendo os múltiplos fatores que influenciam o status de saúde individual e coletiva.

No Brasil, a instituição médica, sob bases biológicas, contribuiu na construção de uma representação da Educação Física (EF) como sinônimo de saúde, via de promoção da saúde e criação de hábitos higiênicos que livrassem a população das doenças que aumentavam no país em industrialização, e como meio de eugeniação da raça, de educação das virtudes e da construção da moral da juventude (Oliveira et alli, 2001). Dentre estas instituições, a medicina contribuiu para a construção de uma EF com bases biológicas, desconsiderando questões que fugissem aos aspectos anatômicos e de rendimento físico.

Alguns dos autores que identificam esta relação histórica entre a EF e a saúde são Ghiraldelli Júnior (1992), Soares (1994), Carvalho (1995) e Anjos(1995). Carvalho (1995), em sua obra, identificou duas vertentes sobre a relação entre a atividade física e saúde: uma posiciona a atividade física como produtora de saúde e a outra como preventiva dos problemas de saúde. A autora demonstra que as duas concepções constroem seus discursos sob as bases de uma falsa consciência de que o exercício, por si só, é responsável pelo status de saúde individual, imputando ao indivíduo a necessidade da prática de exercício físico para a conquista da saúde, desconsiderando o descomprometimento público do governo nas políticas sanitárias, contribuindo, em última análise, para a culpabilização da vítima⁴.

Soares (1994), ao refletir sobre este tema, afirma que:

(...) o exercício físico não é saudável em si, não gera saúde em si, é apenas (...) um elemento, num conjunto de situações, que pode contribuir para um bem-estar geral e, neste sentido, aprimorar a saúde, que não é um dado natural (...). Ao contrário, (...) é resultado, porque mais do que o vigor físico ao nível corpóreo, compreende o espaço de vida dos indivíduos, daí não ser possível medi-la, nem avaliá-la apenas pela aparência de robustez ou de fadiga (p.63).

⁴ O processo de 'culpabilização da vítima' consiste em depositar no cidadão, a responsabilidade por sua saúde individual, ignorando os múltiplos fatores que atuam sobre sua saúde e dos quais ele não possui controle (Faria Júnior, 1991).

Entender a relação da EF com a saúde, exclusivamente através dos benefícios orgânicos da aptidão física⁵, pode ser encarada como um reducionismo do conceito de saúde e da própria profissão (Devide, 1996). De acordo com Palma (2001a), a desigualdade social, as questões socioeconômicas e o olhar focalizado nas relações entre os sujeitos, grupos sociais, instituições e as esferas da economia, política e cultura, são aspectos a serem investigados para se construir um novo entendimento do que seja a saúde. Para este autor,

(...) se a educação física (...) quiser dar sentido a sua existência e relacionar-se com a saúde, deve começar por estar vigilante às 'promessas de felicidade', às quais poucos podem resistir e ao processo de exclusão, que amiúde ela corrobora (Palma, 2001b, p. 37).

Além da aptidão física, existem outras questões que influenciam a saúde individual e coletiva, que vêm sendo ignoradas por parte dos professores na EF, que têm raízes sociais e devem ser consideradas para que se amplie o entendimento do papel desta disciplina como veículo de promoção da saúde, pois impedem que o indivíduo desenvolva hábitos de vida saudáveis e estilos de vida ativos.

Representações sobre a relação entre a EFE e a Saúde

Para desencadear a discussão sobre a função que a EFE pode assumir no âmbito escolar, quero apresentar alguns recortes de falas de alunos(as) da 8^a série do ensino fundamental com os quais desenvolvo minha prática pedagógica. Como a palavra "saúde" tende a surgir com recorrência nas discussões entre os professores(as) e o grupo de alunos(as) durante as aulas de EF, após receber o convite para escrever este artigo, resolvi solicitar às minhas turmas

⁵ Para fins deste estudo, interpreto a aptidão física classificada a partir de seus componentes. A aptidão relacionada às habilidades compreende qualidades como coordenação, equilíbrio, velocidade, tempo de reação e agilidade, altamente determinadas por fatores genéticos. A aptidão relacionada à saúde compreende qualidades como resistência cardiorespiratória e muscular, força, composição corporal e flexibilidade, mantidas com a adoção de um estilo de vida ativo, embora também sofram determinações genéticas em algum grau (Corbin, Fox, Whitehead, 1987).

que elaborassem uma redação com o tema “Educação Física Escolar e Saúde”.

Após a análise e interpretação dos textos⁶, identifiquei uma marca comum no discurso do grupo, que em geral estabelece uma relação de causa-efeito entre a prática dos exercícios, dos esportes ou das aulas de EFE, com o desenvolvimento de uma saúde plena. A seguir, transcrevo alguns recortes destas falas.

Um grupo de alunos, associa a prática regular de exercícios nas aulas de EF à prevenção, assumindo o conceito de saúde enquanto ausência de doenças e relacionando-o à figura do médico como principal profissional da área de saúde, responsável pelo seu tratamento, ancorando o sentido da medicalização:

“A Educação Física é boa para a saúde por evitar doenças” (Johnny).

“(...) você, que tem problema de saúde, procure o seu médico, e veja se está tudo bem com o seu corpo. Lembre-se: esporte é saúde” (Wanderson).

Esta concepção estreita de saúde, manifestada por alguns alunos(as) - circulante no imaginário das pessoas comuns e também dos profissionais de Educação Física (Palma, 2001a) - reflete a discussão escassa e reducionista de saúde, muitas vezes realizada no âmbito escolar, que a associa aos determinantes biológicos determinantes das doenças, reduzindo a saúde ao seu aspecto individual, contribuindo para o processo de culpabilização da vítima.

Outro grupo, estabelece uma relação de complementaridade entre a EFE e a saúde, em que a última torna-se um traço fundamental desta disciplina escolar ou o seu próprio sinônimo, como pode-se identificar no discurso de algumas alunas:

“A essência da Educação Física é a saúde” (Rosana).

“A saúde é, com certeza, o principal motivo da prática da Educação Física” (Camila).

⁶Para isto, me baseio em alguns pressupostos da Análise do Discurso, a saber: a interdição discursiva (Foucault, 1996), a construção do sentido no dialogismo (Brait, 1997), e a polissemia inerente ao discurso (Maingueneau, 1997).

“A Educação Física é um passo fundamental para a saúde” (Vanessa).

As expressões “essência”, “com certeza”, “principal” e “passo fundamental” ancoram a saúde como aspecto legitimador da EFE, na visão destas alunas, sendo fundamental para justificar a presença desta disciplina na grade curricular.

A disciplina Educação Física também é interpretada como aquela que oferece condições para despertar o interesse dos alunos(as) para a preocupação com a sua saúde, tornando-se um “meio” ou um “veículo” para a adoção de hábitos de vida saudáveis, representados por um estilo de vida ativo e permanente:

“A Educação Física é um meio de aprendermos a gostar de cuidar da saúde” (Jussara).

“E Educação Física é um veículo de promoção da saúde na escola, pois estaria acrescentando hábitos saudáveis nas vidas de seus alunos, moldando, assim, jovens saudáveis” (Juliana).

Apenas um grupo minoritário, forneceu elementos para minimizar a relação de causalidade entre a saúde e a adoção da prática regular de exercícios no estilo de vida. Contudo, citam apenas a alimentação como outro elemento que influencia a saúde, incorporando, ainda que de forma insuficiente, a noção de multifatorialidade:

“Temos que praticar esportes, pois se não praticarmos, corremos mais chances de termos doenças. Mas não quer dizer que fazendo esportes teremos uma boa saúde. É preciso, também, ter uma boa alimentação” (Francisco).

Francisco inicia o seu discurso assumindo, ao utilizar o conectivo “pois”, o conceito de saúde como ausência de doenças. Na construção de suas idéias, o operador argumentativo “mas” é utilizado para relativizar o grau de influência da prática de exercícios na promoção e manutenção do status de saúde individual.

O discurso deste grupo de alunos(as), em fase de conclusão do ensino fundamental, portanto, com cerca de quatro a oito anos de escolaridade tendo aulas de EFE, nos depara com uma realidade desafiadora: a representação social⁶ dos alunos(as) sobre a relação entre a disciplina Educação

Física e a saúde, ainda é de causalidade, tendo a saúde como resultado da prática física nas aulas e um dos seus aspectos mais importantes, senão o essencial.

EFE como promotora de saúde

Diante do contexto acima apresentado, levanto duas questões para o debate: a) como nós, professores de EFE, podemos contribuir para uma transformação desta representação social, através de nossa prática pedagógica?; b) como a EFE pode ser um veículo de promoção da saúde dos alunos, sem tê-la como objetivo final de suas aulas?

Na busca de transformações nas representações sociais dos alunos(as) sobre a relação entre a EFE e a saúde, algumas preocupações devem ser centrais.

A partir de minha atuação em escolas públicas, junto ao ensino fundamental e médio, considero possível e necessário nas aulas de EFE, o desenvolvimento de estilos de vida ativos e permanentes, através de aulas que combatam i) a causalidade entre a prática do exercício e a saúde, ii) a medicalização⁸ da saúde, iii) discutam a sua dimensão multifatorial⁹ e iv) a educação para a saúde¹⁰ (Mota, 1992), pressupostos desenvolvidos pelo ideário da Promoção da Saúde¹¹ e pela corrente da Aptidão Física Relacionada à Saúde¹².

⁷ Interpreto uma representação social, no sentido que Serge Moscovici (1978) lhe confere, como aquela que "produz e determina comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e o significado das respostas a dar-lhes. (...) é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos" (p. 26).

⁸ A medicalização significa a interpretação da área de saúde enquanto aquela relacionada à medicina, e não como área que envolve diversos campos de conhecimento, reunindo o esforço de diversos profissionais, como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores, entre outros.

⁹ Reconhecer a multifatorialidade da saúde pressupõe que para entender o conceito de saúde, é preciso se remeter às desigualdades sociais resultantes do sistema socioeconômico e político que afetam a saúde individual e coletiva, entre os quais se encontra a EFE, a prática de esportes e atividades físicas e de lazer.

¹⁰ A Educação para a Saúde incorpora a saúde como uma questão didático-pedagógica, portanto, de caráter interdisciplinar. Assim, os conhecimentos transmitidos no espaço escolar ou na comunidade, podem fazer com que as pessoas assumam atitudes positivas, adotando estilos de vida ativos e saudáveis, que aprimorem a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

¹¹ A Promoção da Saúde, aborda quatro questões básicas sobre a saúde: a sua multifatorialidade, a desmedicalização, a educação para a saúde e o seu caráter coletivo⁶, o que pode ser observado em seus cinco princípios, a saber: A Promoção da Saúde (1) deve focalizar a população como um todo e não apenas os grupos de risco; (2) a ação deve ser voltada para muitos fatores que influenciam a saúde; (3) deve envolver uma variedade de estratégias e agências - comunicação, educação, legislação, desenvolvimento comunitário, entre outras; (4) requer a participação de toda a comunidade, envolvendo a aquisição - individual e coletiva - de estilos de vida; (5) requer que profissionais da saúde tornem viável a Promoção da Saúde pela sua defesa e educação (WHO, 1984).

¹² Esta corrente, propõe como objetivo central da EFE, a criação de um estilo de vida ativo e permanente, a partir do desenvolvimento dos componentes da aptidão física relacionada à saúde e da transmissão de conhecimentos sobre o exercício físico, visando a autonomia do aluno. Sob tais recomendações, no início da década de 1980, Charles Corbin idealizou a 'Escada da Aptidão para Toda a Vida' (Corbin e Fox, 1986).

Estas duas tendências buscam desenvolver um estilo de vida ativo, e por diferentes enfoques, refletem sobre compromissos que a EFE pode assumir na sua relação com a saúde e enquanto veículo de educação para a saúde (Devide, 1996). Ambas trazem contribuições, mas também limitações.

A Promoção da Saúde, representada no Brasil, primeiramente pela produção teórica de Faria Júnior (1991), traz à tona a relação tênue entre a EF e a saúde; no entanto, não apresenta uma forma prática de intervenção de como se aplicar os seus pressupostos na escola; o que começa a surgir lentamente com o esforço de outros autores (Oliveira, Devide, 2001; Ferreira, 2001; Devide, 2002) e pode ser observado, mesmo que de forma sutil, em práticas pedagógicas de alguns profissionais que atuam no ambiente escolar.

Quanto à Aptidão Física Relacionada à Saúde, alguns estudos têm se esforçado para sistematizar a proposta. Dentre a produção encontrada no Brasil, dois artigos de Dartagnan Guedes e Joana Guedes (1993, 1994) foram os que melhor sistematizaram a proposta da Escada da Aptidão para Toda a Vida. Os autores buscam dar sugestões de conteúdos para a implementação de programas de EFE direcionados à promoção da saúde.

As críticas feitas à proposta de criação de um estilo de vida ativo pela Aptidão Física Relacionada à Saúde, são: o reducionismo da saúde ao seu aspecto biológico; a individualização do problema centrado no aluno, que se torna responsável pelo desenvolvimento de sua aptidão e melhoria de sua saúde, contribuindo para o processo de culpabilização da vítima; o etapismo, inerente aos conteúdos, dificultando o entendimento sobre o binômio exercício-saúde de forma ampliada, considerando-se outros aspectos além do exercício; e a reprodução da relação causal entre a prática de exercício e a conseqüente melhoria da saúde (Devide, 1995; Ferreira, 2001).

É importante se propor uma abordagem, que estabeleça a tensão entre estas duas tendências, relacionando a saúde, concebida de forma multifatorial, com a EFE, enquanto veículo de educação para a saúde. A partir do diálogo entre estas tendências e da intervenção direta na escola, poderemos ampliar os horizontes da EFE, com vistas a desestabilizar a representação social de causalidade sobre a sua relação com a saúde.

O início da construção de uma EFE que contribua para transformar esta concepção no espaço escolar, pode se dar com o desenvolvimento de conteúdos relevantes para o cotidiano dos alunos, construídos coletivamente na interação da sala de aula, que tematizem a questão da saúde, suas relações com um estilo de vida ativo, mas também com os demais componentes que afetam a saúde individual e coletiva (Devide, 1999; Devide; Rizzuti, 1999; Oliveira, Devide, 2001).

A partir do debate acadêmico já existente sobre a temática no Brasil e da interação entre profissionais atuantes e comprometidos, a EF pode se tornar um veículo potencial para a melhoria da saúde de seus alunos, tornando-os consumidores críticos dos elementos da cultura corporal (Coletivo de Autores, 1992).

O pressuposto comum às tendências da Promoção da Saúde e da Aptidão Física Relacionada à Saúde, de se desenvolver estilos de vida ativos e permanentes, além da discussão sobre a multifatorialidade da saúde e a estratégia de educação para a saúde, trazem novos elementos para aqueles profissionais que atuam com a EFE, em virtude da realidade em que atuam com os seus alunos(as).

O professor deve contextualizar os conteúdos da EFE, tornando o grupo crítico frente às suas condições de vida. Ao discutir com eles os diversos fatores relacionados aos exercícios físicos, que influenciam na sua saúde - a falta de espaços públicos para a prática de exercícios, a dificuldade de acesso ao lazer, as más condições de trabalho, transporte, educação etc. (Ferreira, 2001) - contribuirá para a desmistificação da relação que vem se reproduzindo entre a área da EF e a saúde, ampliando a relação de compromisso da EFE como veículo de educação para a saúde.

Segundo Palma (2001), romper com os enfoques dos conceitos de saúde circulantes, que estabelecem a sua relação com a ausência de doenças ou com a dimensão individual, “considerando a saúde, de imediato, como um direito à cidadania” (p. 29). Farinatti (1994) corrobora esse argumento, ao afirmar:

O planejamento e execução de programas visando o engajamento em atividades corporais (na escola ou fora dela) é, assim, uma questão não só de saúde pública (...) mas de cidadania. Só assim poderemos construir com o

educando a noção de que a oportunização à prática de atividades físicas constitui-se um direito tão fundamental quanto o acesso à educação, saneamento básico ou transporte público - pelo qual, portanto, vale a pena se lutar (p. 47).

É preciso considerar que a postura da exercitação permanente depende, além do desejo dos alunos e da competência do professor(a) de EF, das condições políticas, sociais e econômicas inerentes à adesão a um programa regular de exercícios (Palma, 2001). A esse respeito, Ferreira (2001), sublinha que a EF como disciplina escolar:

(...) não deve abandonar sua preocupação em subsidiar e encorajar as pessoas a adotarem estilos de vida ativa. Porém, esse seu papel estará limitado se ela não for capaz de promover o exame crítico dos determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais diretamente relacionados aos seus conteúdos. (p. 49-50).

Considerações Finais

A participação nas aulas de EFE ou a adoção da prática de exercícios físicos no estilo de vida, portanto, não podem ser encaradas como suficientes à prevenção ou solução dos problemas de saúde.

É necessário ampliar o entendimento que professores(as) de EFE têm a respeito da saúde e da sua relação com a profissão. Estas representações fundamentam, em parte, o seu trabalho profissional e têm contribuído para perpetuar a noção de causalidade entre esta disciplina e a saúde.

Enquanto educador, o profissional da área deve estar ciente das implicações de uma concepção equivocada frente ao relacionamento da EF com a saúde. O professor(a) de EF deve estar atualizado ao conceito multifatorial da saúde, à sua dimensão social, portanto, coletiva, para que, munido de instrumentação teórica consistente, tenha condições de discutir e ampliar a relação de compromisso da EF para além da esfera da aptidão física, como uma via de educação para a saúde dos alunos(as).

Reconhecer, primeiramente, que nosso papel é parcial neste processo, que está relacionado aos múltiplos

aspectos da vida em sociedade, torna-se o ponto de partida para uma intervenção bem sucedida. A partir dessa reorientação paradigmática, acredito, em que a EF assume a tarefa de desenvolver estilos de vida ativos, permanentes e conscientes, a EFE poderá legitimar o seu papel em relação à promoção da saúde dos alunos(as) de forma satisfatória.

REFERÊNCIAS

ALVES Junior, E. de D. Atividade Física e Saúde a perspectiva para o século XXI: preparando os jovens para o envelhecimento. In.: Mourão et alli (orgs.). *Anais da III Semana da Educação Física, Esporte e Lazer*. Rio de Janeiro: UGF, 2001, p. 37-45.

ANJOS, J. L. *Corporeidade, Higienismo e Linguagem*. Vitória: CEFD/UFES, 1995.

BIDLLE, S. (ed.). *Foundations of health-related fitness in physical education*. London: Ling Publishing House, 1987.

BRAIT, B. (org.). *Bakhtin, dialogismo e construção do sentido*. Campinas: Unicamp, 1997.

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

CORBIN, C.; FOX, K. A aptidão para toda a vida. *Revista Horizonte*. Lisboa. V. II, n. 12, p. 205-208, 1986.

CORBIN, C.; FOX, K.; WHITEHEAD, J. Fitness for a Lifetime. In.: BIDLLE, S. (ed.). *Foundations of health-related fitness in physical education*. London: Ling Publishing House, 1987, p. 8-12.

DEVIDE, F. P. A Escada da Aptidão para Toda a Vida sob o enfoque da Promoção da Saúde: uma análise crítica. *Anais do VII Seminário Bienal de Pesquisa da UFRRJ*. Rio de Janeiro: UFRRJ, 1995, p. 319.

DEVIDE, F. P. Educação física e saúde: em busca de uma reorientação para a sua práxis. *Revista Movimento*. Porto Alegre. ano III, n. 5, p. 44-55, 1996.

DEVIDE, F. P. As aulas de Educação Física Escolar sob a ótica de seus atores. *Sprint*. Rio de Janeiro. XVIII, n. 105, p. 34-40, 1999.

DEVIDE, F. P. Educação Física, Qualidade de Vida e Saúde: campos de intersecção e reflexões sobre a intervenção. *Revista Movimento*. Porto Alegre. V. 8, n. 2, p. 77-84, 2002.

DEVIDE, F. P.; FERREIRA, M. S. Exercício e saúde: a percepção discente - um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Londrina. V. II, n. 3, p. 50-60, 1997.

DEVIDE, F. P.; RIZZUTI, E.V. Transformações periféricas das representações sociais de alunos de 1º grau do Colégio Estadual Edmundo Bittencourt (Teresópolis/RJ) sobre a educação física escolar após intervenção pedagógica. *Anais do XI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte/CBCE*. Florianópolis, p. 1423-1424, 1999.

FARIA JÚNIOR, A. G. de. *Educação física, desporto e promoção da saúde*. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras, 1991.

FARINATTI, P. T. Educação Física Escolar e Aptidão Física: Um Ensaio sob o Prisma da Promoção da Saúde. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 42-48, 1994.

FERREIRA, M. S. Aptidão física e saúde na Educação Física Escolar: ampliando o enfoque. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. Campinas: Autores Associados. v. 22, n. 2, p. 41-54, 2001.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

GHIRALDELLI JÚNIOR, P. *Educação Física Progressista*. São Paulo: Loyola, 1992.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. P. Subsídios para implementação de programas direcionados à promoção da saúde através da educação física escolar. *Revista da APEF de Londrina*. Londrina. V. 8, n. 15, p. 3-11, 1993.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. P. Sugestões de conteúdo programático para programas de educação física escolar direcionados à promoção da saúde. *Revista da APEF de Londrina*. Londrina. V. IX, n. 16, p. 3-14, 1994.

LOVISOLO, H. R. *Atividade Física e Saúde*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MAINGUENEAU, D. *Novas Tendências em Análise do Discurso*. Campinas: Pontes/Unicamp, 1997.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOTA, Jorge. A Escola, a Educação Física e a Educação da Saúde. *Revista Horizonte*, Lisboa, v.VIII, n.48, p.208-212, 1992.

OLIVEIRA, V. M. de et al. As Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – Origens da relação entre Educação Física e Saúde na Escola. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte [cd-rom]*. Caxambu: DN CBCE, 2001.

OLIVEIRA, G. A. S. de; DEVIDE, F. P. *Implementação de uma proposta temática na educação física escolar no ensino fundamental: um relato de experiência*. Rio de Janeiro: Motus Corporis, v. 8, n. 2, p. 80-86, 2001.

PALMA, A. Educação Física, Corpo e saúde: uma reflexão sobre outros modos de olhar. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. Campinas: Autores Associados. V. 22, n. 2, p. 23-39, 2001b.

PALMA, A. Educação Física e Saúde: um desafio para a realidade brasileira. In.: Mourão et alli (orgs.). *Anais da III Semana da Educação Física, Esporte e Lazer*. Rio de Janeiro: UGF, 2001a, p. 51-56.

SOARES, C. L. *Educação física: raízes européias no Brasil*. Campinas: Autores Associados, 1994.

WHO. *Health promotion: a discussion document of the concept and principles*. Copenhagen: WHO, 1984.

EQÜIDADE DE GÊNERO E SAÚDE: DESAFIO DOS NOVOS TEMPO SOCIAIS¹

Ludmila Mourão²
Cátia Pereira Duarte³

“Minha geração encontrou o tempo em que às mulheres coube o susto de se Perder”.(Rosiska Darcy de Oliveira)

Introdução

O corpo é a base da nossa maneira de estar no mundo, de lidar com as diferenças e semelhanças, adotando comportamentos na organização da vida humana. É através dele que questionamos as estruturas políticas, econômicas e sociais, materializadas através dos poderes, saberes e prazeres que os corpos se permitem viver e transformar.

A vida da mulher brasileira vem sofrendo profundas alterações através dos séculos XIX, XX e neste início do século XXI. Da mulher ainda enclausurada do século XIX, passamos a encontrar militantes, combatentes que se articularam para enfrentar um cotidiano ainda opressivo e fechado. O século XX chegou projetando uma nova vida para as mulheres, estas então, se lançaram no espaço público conquistando cada vez mais o mercado de trabalho nas mais diferentes áreas.

Nos anos 1930 sexo e trabalho cruzam-se, como dimensões constitutivas da vida cotidiana na grande cidade industrial. Com a revolução cultural das décadas de 60, 70 e

¹ O texto surgiu em uma das reuniões do Laboratório do Imaginário e das Representações Sociais da Educação Física, Esporte e Lazer, da Pós-graduação em Educação Física da Universidade Gama Filho PPGEF/UGF/RJ e foi organizado para discussões entre os GTTs Saúde e Movimentos Sociais do Colégio Brasileiro de Ciências e Esporte.

² Profª Drª da Graduação e Pós-graduação da UGF/RJ, pesquisadora do LIRES e coordenadora do Grupo de Estudos de Gênero, Educação Física, Saúde e Sociedade/GEFS.

³ Mestranda em Educação Física e Cultura da UGF/RJ, integrante do LIRES/GEFS.

80 muitas transformações se deram no campo social, tecnológico, político e econômico, a mulher passou a ter mais controle sobre seu corpo e com o advento da pílula pôde definir seus desejos de maternidade. Com isso, lança-se para o espaço público conquistando cada vez mais o mercado de trabalho em diferentes áreas. Hoje as mulheres vivem correndo, do trabalho para casa, da casa para o supermercado, para a escola dos filhos, para os centros de atividade física entre outras atribuições, pois para as mulheres de um modo geral é muito difícil delegar tarefas.

Sobre as relações estabelecidas entre Gênero, Trabalho e Saúde, que é a finalidade desse artigo, observamos o significado crescente de integrar ao debate a análise da equidade de gênero aos estudos sobre saúde da trabalhadora. Segundo Scott (1995),

... gênero é como uma maneira de se referir à organização social da Relação entre os sexos. E este sim se restringindo à definição biológica, sendo que as diferenças entre os dois sexos, além dessa definição, refiram-se às respectivas representações sociais e culturais, percebendo-se assim, que por trás do termo está toda uma maneira de repensar a sociedade.

Este aspecto tem sido um dos que mais contribuiu para que encontrássemos hoje a pressa feminina como doença “a síndrome da mulher com pressa”⁴.

Assim, pensar o campo da saúde da trabalhadora, no século XXI, é investigar as singularidades determinantes dos aspectos envolvidos na (re)construção do espaço público na perspectiva da sociedade em que essa mulher está inserida. Nesse momento um contingente significativo da mulher brasileira experimenta sua condição de emancipada com a resultante da mulher multitarefeira, aquela que trabalha fora, cuida das crianças, administra a casa e interpreta seu corpo e sua sexualidade como determinantes do prazer possível.

⁴ Esta nova síndrome segundo os especialistas americanos atinge uma em cada quatro mulheres entre 25 e 55 anos, e é, uma nova forma branda de depressão, podendo prejudicar a saúde das mulheres e dos homens. Os principais sintomas são ganho de peso, vida sexual desacelerada, desânimo e fadiga.

Segundo Bueno (1999, p.288), embora enfrente a dupla jornada essa mulher ainda “*carrega consigo a culpa pelo “abandono”, do tradicional papel de mãe e educadora*”.

A questão central do artigo é verificar, mas não pensa em esgotar, até que ponto o trabalho da professora universitária do Rio de Janeiro, associado aos outros papéis que essa mulher desempenha na sociedade, interfere nas sua condição de saúde? Dessa forma, pretendemos de um modo geral refletir sobre os resultados da conquista do espaço público pela mulher, associado à manutenção da responsabilidade pela gerência do espaço privado e a sua interface com sua saúde.

Temos como hipótese, baseada na realidade social vigente, que as mulheres estão estressadas pelo excesso de trabalho, mas que esse estresse não advém da incapacidade de se organizar nos diferentes afazeres - diga de passagem uma das capacidades neurológicas femininas é de receber informações simultaneamente -mas da diversidade imensa de papéis que assume, da somatização das responsabilidades suscitadas e da sua dificuldade de impor limites. Uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association no Brasil “mostrou que as mulheres brasileiras pensam que têm que trabalhar duas vezes mais para ter o mesmo reconhecimento do homem” (Rossi, 2003, Jornal o Globo). As mulheres reivindicam maior participação dos seus companheiros nas tarefas do lar, mas não conseguem vê-los como coadjuvantes na missão de dividir com elas a tarefa da educação da prole, agindo assim conforme a ótica patriarcal e masculina da sociedade em que vivemos, que atribui a ambos papéis pré-determinados. Essa culpa, gerada pelo trabalho fora de casa, citada nos estudos de Bueno (ibidem), “invariavelmente atinge a saúde da mulher, gerando um sofrimento maior cujos sintomas são: crises de depressão, choro, revolta e indignação com sua condição feminina”. Mas mesmo que o trabalho fora de casa represente sobretrabalho e gere interferências sobre a saúde psicológica da mulher, este também representa a libertação do jugo masculino e sua valorização pessoal - é uma fonte de auto-estima - o que, o trabalho doméstico não traz.

A abordagem que nos auxilia os entendimentos da categoria sócio-histórica gênero, considera a classe social como um dos fatores determinantes para a análise dos diferentes status sócio-econômico que a mulher vem a ocupar no espaço público de trabalho, dessa forma, optamos por discutir sobre as condições de saúde feminina na tensão entre o público e o privado com uma professora universitária do Rio de Janeiro, pertencentes a classe social média alta, casada, com filho e com 30 anos de magistério. A representação dessa mulher foi analisada a partir de uma entrevista de elite que tinha como finalidade investigar o que ela pensa sobre seu cotidiano levando em consideração, sua condição de trabalho e de saúde. Considerando seus cotidianos no espaço privado e público, se utilizou levantamentos bibliográficos na definição das categorias do instrumento de pesquisa: conhecimento dos hábitos, das obrigações domésticas, das obrigações de trabalho e das condições de saúde.

A tensão entre o público e privado: um desafio para as mulheres

Quando relacionamos as mulheres aos espaços sociais, percebemos como elas foram limitadas às determinações do espaço privado através da história. Através das relações que envolviam seu corpo, vimos o quanto ela foi discriminada e o quanto os seus direitos sociais se modificaram através dos tempos.

Segundo Castells (1999, p.171-2), as idéias feministas estão presentes há pelo menos um século, se não mais, embora em versões históricas específicas de cada sociedade. E de acordo com a construção da hipótese sugerida por ele, os motivos associados às transformações na trajetória das mulheres no século XX têm por base a combinação de quatro elementos:

Primeiro, a transformação da economia do mercado de trabalho associada à abertura de oportunidades para as mulheres no campo da educação. (...) Em segundo lugar vêm as transformações tecnológicas ocorridas na biologia, farmacologia e medicina, que proporcionaram um controle cada vez maior sobre a gravidez e a reprodução

humanas. (...) Terceiro, tendo como pano de fundo a transformação econômica e tecnológica, o patriarcalismo foi atingido pelo desenvolvimento do movimento feminista, consequência dos movimentos sociais da década de 60.(...) E o quarto elemento a induzir o desafio ao patriarcalismo é a rápida difusão de idéias em uma cultura globalizada, em um mundo interligado, por onde pessoas e experiências passam e se misturam, tecendo rapidamente uma imensa colcha de retalhos formada por vozes femininas.

No decorrer da história esses valores mudaram de acordo com as relações políticas, religiosas e econômicas, como no caso da sociedade feudal, em que a mulher ao herdar bens e títulos, modificava a estrutura social pois a conquista de terra gerava prestígio, dava-lhe importância social sem precedentes, e a partir dessas “brechas” ela se via com oportunidades de mostrar competência nos negócios adquirindo assim maior representação social.

Nessa perspectiva, a construção social da mulher-patriarcal se deparava com paradoxos e gerava tensões, - pois mesmo num modelo opressivo de casamento -, a viuvez era libertadora, sobretudo em senhoras de engenho, em quem explodia uma energia social e não apenas doméstica. As palavras de Foucault (1994) nos fazem entender melhor as relações que se travavam no casamento entre homens e mulheres; este se constituía numa transação privada da esposa com seu cônjuge, um negócio realizado entre os chefes de família, ou seja, a mulher era objeto de negociação dos interesses masculinos, passando a opinar sobre a escolha de seu futuro cônjuge, no final do século XIX e início do século XX.

Já as mulheres que transitavam no espaço público, sem “donos”, representavam uma ameaça a dominação masculina, pois *domo* sem sujeição a este modelo construía sua emancipação e acenavam para o modelo da nova mulher. Nesta época, meados do século XIX, percebe-se que o discurso circulante não era só o da moral religiosa, mas também o da racionalidade.

A partir da hegemonia da racionalidade, os corpos foram liberados da lavoura, da terra, esse trabalho foi substituído por um trabalho estressante, impondo ao corpo uma dupla dependência do capital: era livre para vender força

de trabalho, mas era subordinado ao comércio de produtos necessários à própria sobrevivência.

As mudanças sociais provocadas pelo desenvolvimento das sociedades modernas, urbanas e industrializadas, fizeram com que as mulheres, além de ocupar expressivo lugar no mercado de trabalho, pudessem dedicar-se a outros interesses afora a maternidade, sua função mais importante na sociedade patriarcal tradicional. As energias femininas não estavam nesse momento concentradas exclusivamente na reprodução, muito embora a casa e a família continuassem a ser os pontos principais de referência das mulheres.

O movimento feminista reivindicou o controle do próprio corpo, repudiou com veemência a dominação masculina e exigiu a igualdade sexual, mas é importante destacar que nunca definiu a igualdade que queria, logo a valorização ficou desde então centrada no corpo e na sexualidade.

A mulher ampliou sua inserção no espaço público de trabalho, mais foi depois de muita luta, muitas evidências e provas, que vem conseguindo ganhar a confiança e o reconhecimento de seu valor pelo homem, que a vê como concorrente. A mulher ainda tem que provar sua competência a cada dia e esse é um dos fatores de estresse vivido pelas mulheres.

Dando voz a palavra de Oliveira (1995, p. 08) foi recente o reconhecimento da mulher,

pela primeira vez a comunidade internacional, em Pequim, reconhecia que a humanidade é constituída por dois sexos, diferentes com direitos iguais. O reconhecimento da diferença sem hierarquia questionava o paradigma unipolar que aprisionava a diversidade humana no molde masculino e condenava as mulheres à invisibilidade política e social.

O trabalho feminino na tensão entre os espaços público e privado

A sociedade patriarcal brasileira do século XIX calava as mulheres: na educação, na política, na economia e na

religião, já que essas não tinham liberdade para sentir, pensar e agir com os seus corpos, ao mesmo tempo esta dinâmica social liberava os homens. Comparando este discurso com o do final do século XX, temos um avanço surpreendente em relação às conquistas femininas e alterações muito sutis às masculinas.

A industrialização de fins do século XVIII e começo do século XIX, ao introduzir a maquinaria (em geral independe não só da força física, mas em grande medida também da qualificação dos trabalhadores), a produção em série, e com elas o emprego em massa do trabalhador não qualificado, abriu as portas da indústria à mão-de-obra feminina. Naquela época, não havia legislação que limitasse a exploração do trabalhador quanto ao salário, às condições de serviço, à saúde e à integridade física.

Segundo Máximo (1996), dentre as reivindicações trabalhistas do século XIX, destacavam-se, além da redução da jornada de trabalho, a exigência das mulheres pela igualdade de salário para igual trabalho, e a regulamentação do trabalho da mulher.

Em 1917 o deputado Maurício Lacerda propôs o primeiro esboço de uma legislação social para o país, do qual faz parte a fixação das condições de trabalho fabril das mulheres, limitando suas atividades noturnas e criando creches nos locais de emprego. Em 1919, o código sanitário assinado sob a forma de lei nº 3.724 proibia o trabalho noturno das mulheres. Em 1923 foi aprovado o Regulamento Nacional de Saúde Pública, pelo Decreto 16.300, que propunha a criação de lugares apropriados para amamentação nos locais de trabalho e facilitava a licença maternidade por 30 dias antes e após o parto. Mas apenas em 1932, o Decreto 21.417 regulamentou o trabalho da mulher, não apenas enquanto mãe, mas enquanto gênero sexual específico, estabelecendo que a todo trabalho de igual valor correspondia igual salário.

Apenas em 1946, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), procurou garantir à mulher, igualdade de direitos e de tratamento de saúde em relação aos homens, após não haver comprovações de desigualdade de saúde quando os corpos eram submetidos aos mesmos esforços. Berlinger (1980, citado por Brito, 2000) confirma tal teoria nos dias atuais quando salienta que no plano sanitário, é notória

a maior frequência de distúrbios e doenças profissionais entre as categorias profissionais menos qualificadas. Essa teoria nos faz refletir sobre a amostra dessa pesquisa – professoras universitárias - que, embora com responsabilidades no espaço do trabalho, iguais as do homem - professor universitário -, apresentam maior incidência de doenças e distúrbios. Esse fenômeno se dá em virtude do acúmulo de tarefas e responsabilidades da mulher entre o espaço público e o privado.

Para Louro (1955), a desconstrução da oposição dos estereótipos masculinos e femininos respeitaria as identidades que deixariam de ser opostas para serem simplesmente distintas. Mas, embora os indivíduos possam intercambiar comportamentos no cotidiano, o que ainda vemos é a mulher sofrendo as pressões do acúmulo de funções nas suas relações sociais e na sua condição de saúde. Encontramos na década de 60 e 70, uma discussão de trabalho pensada em termos econômico, onde as posições sociais e os papéis associados aos sexos eram alvo. A partir dos anos 80, percebemos que a divisão sexual do trabalho e das relações de gênero vem sendo questionada pelos conceitos sociológicos (relações de gênero), superando a discussão restrita à esfera econômica e priorizando o caráter relacional (relações de sexo) entre homens e mulheres.

A necessidade de tal questionamento nos faz refletir sobre a carga de trabalho doméstico da professora universitária, que será pesada se somadas às 30 a 40 horas semanais de trabalho fora do lar, que na maioria da vezes divide somente as tarefas mais tradicionais com seus cônjuges, “*despesas comuns, pagamentos externos*”. Sua contribuição mensal na casa representa mais de 50% das despesas da família, contudo esta mulher ainda se considera segundo suas próprias palavras “*uma burguesa*” porque não precisa trabalhar nos afazeres domésticos, esquecendo-se que gerenciar exige tanta responsabilidade quanto organizar propriamente. Seu discurso ratifica a naturalização das responsabilidades da mulher sobre a casa a qual vínhamos comentando anteriormente, “*os afazeres de casa são mais de minha responsabilidade e de empregados domésticos*”. Mas além do que já foi exposto, ela “*controla, docemente, pelo telefone, toda a situação do cotidiano da casa e*

de vez em quando dá uns ataques de vez em quando por perder ou não encontrar alguma coisa importante”.

A mulher inicia sua inserção na vida cotidiana das cidades com certa liberdade de ir e vir, sobretudo em eventos especiais. O corpo feminino deixa de ser apenas objeto, passa a atrair olhares masculinos e procriar, libertando-se do triste destino que fazia dele a ferramenta para que as mulheres conseguissem conquistar um marido e até transformá-lo em pai dos seus filhos.

A partir do momento em que o conceito sobre ser mulher começou a ser discutido e as respostas tradicionais passaram a não mais satisfazer os anseios vigentes, uma série de oportunidades no trabalho, nas relações afetivas, na família e com o corpo foi sendo criada.

Para não esquecer que existem vários tipos e condições de ser mulher no mundo, o Censo de 1970 citado por Máximo (1996), mostra que nas classes baixas, a necessidade de sobrevivência força as mulheres a permanecerem no mercado de trabalho, mesmo com o número razoável de filhos, mas que nas classes altas, isso não ocorre, e o fato de deixar de trabalhar ao ter um ou mais filhos, decorre muito mais de uma opção de dedicação exclusiva à educação das crianças do que uma sobrecarga de trabalho doméstico que muito freqüentemente é dividido com uma ou mais empregadas domésticas.

Segundo a entrevistada, a necessidade do acompanhamento da educação do filho pode ser tranquilamente dividida com o respectivo marido e familiares, nos declarando que o seu trabalho no espaço público, além de representar mais de 50% da economia da casa, e é fundamental para sua auto-estima e representa *“quase a totalidade da minha identidade. Passo todo o tempo “dando aulas” por aí, ensinando gente. É a realização pessoal”*, e que o trabalho no espaço privado é muito bem organizado por *“súditos”*, segundo suas próprias palavras.

Nesta ótica faz-se também necessário investigar as condições de saúde destas mulheres com várias jornadas de trabalho, para resignificar o prazer de estar em casa e estar fora de casa.

As condições de saúde feminina na tensão entre os espaços público e privado

Entre 1845 e 1847, conforme o Dr. Haddock Lobo observava, a taxa de mortalidade de crianças de 1 a 10 anos era de 51,9% (apud Teixeira, 1888), e entre as causas de mortalidade investigadas pela Academia Imperial de Medicina estavam: a) aleitamento mercenário; b) maus costumes das amas, transmitindo sífilis e escrófulas, entre outras doenças; c) ausência de tratamento médico no início das moléstias; d) vermes intestinais; e) aperto das vestimentas; f) compressão das cabeças das crianças pelas parteiras ou pelas amas, quando dormindo, entre outras (Teixeira, 1876). Como se pode observar, as causas da mortalidade infantil estavam relacionadas à incompetência e falta de informação dos adultos que lidavam com as crianças, na sua maioria amas-de-leite, e notadamente à atitude dos pais que entregavam seus filhos a essas amas. A moral higiênica que se instalava no Brasil nesse momento, assumia vários papéis e entre eles, sobretudo nas classes mais favorecidas da sociedade, sua finalidade era a de criar laços familiares mais fortes entre o homem, a mulher e os filhos, garantindo a coesão da nação e a hegemonia do Estado, bem como maiores cuidados com a prole.

Segundo Freyre (1979, p. 255), a mãe higiênica nasceu, de um duplo movimento histórico, marcado aparentemente pela contradição:

por um lado, a emancipação feminina do poder patriarcal: por outro a 'colonização' da mulher pelo poder médico. Desenvolvendo uma nova moral da vida e dos corpos – sobretudo do corpo feminino -, todo o trabalho de persuasão higiênica desenvolvido por médicos higienistas no século XIX iria ser montado sobre a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependiam de sua sujeição ao Estado e dos cuidados com a criança.

Os higienistas perceberam que todo o sistema familiar herdado da Colônia tinha sido montado para satisfazer às exigências da prosperidade e às necessidades dos adultos: as crianças eram tratadas como apêndice desse sistema, e para elas ficavam as sobras. O pivô dessa situação estava centrado na força do pai, origem do sangue, responsável número um

pela organização familiar e pela geração dos ilegítimos, concorrendo fortemente para a mortalidade infantil na colônia.

Centralizando a responsabilidade da sobrevivência dos filhos, Costa (1983) nos coloca que, os higienistas diziam o quanto era preciso alterar o direito dos pais para que a taxa de mortalidade dos filhos decrescesse. Era preciso criar uma nova organização doméstica. O “pai-higiênico” veio a monopolizar toda a discussão sobre a conduta social masculina. Sob o domínio da ideologia da higiene, a vida deste cidadão, habitante comum das grandes cidades brasileiras do século XIX, vai girar em torno dos filhos: casar para ter filhos, trabalhar para manter os filhos, investir na saúde e educação dos filhos. No amor e na responsabilidade paterna estava erguido um dos mais fortes pilares do ideário higiênico no Brasil. Este discurso, que revela um cuidado com os filhos, contribuía para manter um controle sobre o comportamento masculino na família, fazendo do homem-pai um ser quieto, imóvel, na dócil postura de cidadão patriótico.

O que se verifica na construção do “machismo” na sociedade brasileira pelo ideário higiênico é que houve um pacto entre o pai-higiênico e o poder médico, que caminhou no sentido de reorientar a representação da mulher na sociedade do final do século XIX, conferindo-lhe o papel de mãe e de esposa dedicada, propriedade do homem.

Como vimos, foi uma época em que a urbanização associada ao movimento higienista retirava a mulher do confinamento doméstico e do poder patriarcal-agrário em que vivia no período colonial, liberando-a para o convívio social e o consumo comercial, mas colocando-a sob o poder do patriarcalismo-urbano onde o médico tinha papel central. “*De propriedade jurídico-religiosa a mulher passou a propriedade higiênico-amorosa do homem*” (Costa, 1983, p.252).

Muito se tem discutido sobre conceitos da saúde, ao passo que pouco se fez para mudar o quadro das epidemias e das condições de qualidade de vida da sociedade brasileira e sobretudo das mulheres, que além das responsabilidades privadas, assumiu em larga escala as tensões das responsabilidades públicas. A Constituição de 1988 reconheceu como conceito de saúde, a resposta complexa às condições gerais de vida a que as diferentes populações

estariam dispostas, e não mais como resultante de “*estar ou não doente*”.

A busca de viabilidade para as intervenções desta proposta, utilizou três caminhos, segundo Paim (1999, apud Rouquayrol), para se efetivar: o legislativo-parlamentar, com a aprovação dos Sistema Único de Saúde (SUS) sendo uma conquista relevante; o sociopolítico com a mobilização da opinião pública e setores organizados da sociedade civil para a democratização da saúde; e, o técnico-institucional, privilegiando a organização, a implantação e o desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Na conquista do espaço público e de trabalho pela mulher, sua condição de saúde vem sendo desafiada constantemente. Primeiro encontra as lutas pela conquista de melhor saúde reprodutiva, muitos foram e são os movimentos, políticos e sociais para que se consiga uma qualidade digna para a saúde reprodutiva da mulher brasileira. A professora entrevistada possui plano de saúde que garantem uma qualidade de atendimento a sua saúde, mas isso se deve as suas conquistas, sobretudo, econômicas e de educação. Mas no Brasil encontramos ainda um precário programa de atendimento e esclarecimento às mulheres de baixa renda em relação a sua saúde reprodutiva.

Em segundo lugar enfocamos o paradoxo que vive a mulher hoje acumulando tarefas na esfera pública e no privada. Esta mulher que deveria ter o direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental, pois o gozo deste direito é essencial para sua vida e seu bem-estar, e para sua capacidade de participar em todas as esferas da vida pública e privada, vive uma dramática crise da considerada para muitos especialistas como já mencionamos nesse trabalho como “síndrome da mulher com pressa”⁵. Segundo depoimento de Bost, essa síndrome pode atingir homens e mulheres mais essas ficam mais suscetíveis, pois acumulam o serviço da casa, além de trabalhar fora.

Nossa informante declara que não costuma fazer atividade física, mas em contrapartida faz terapia, “psicoterapia”, e “reposição hormonal”, avalia sua condição de saúde como “boa”. Ela visita o médico “semestralmente,

⁵ Descrita pelo clínico e ginecologista americano Brent Brost em uma entrevista ao Jornal O Globo de 29 de dezembro de 2003, p.02, no encarte Jornal da Família.

para acompanhamento, e anualmente, para o “*check-up* geral” usa medicamento regularmente, “hormônio estradiol” para reposição das perdas que o organismo tem com a senescência.

Quanto a sua alimentação diz que esta é a “mais indisciplinada possível. Sem horários, rica em gorduras, açúcares, e em outras épocas, a mais restritiva possível”. Realiza com frequência duas refeições ao dia, “o almoço, nem sempre dá ou tenho vontade, mas como alguma coisa”. Percebe-se que a professora cuida de sua saúde física e emocional, bem como de sua saúde espiritual quando declara “agradecer a Deus pela vida e por tudo que recebe durante o dia, pedir proteção para o seu dia, de seus amigos, familiares, colocar-se em atitude de servir aos outros, ir à igreja, pelo menos duas vezes por semana, compartilhar o sorriso”.

Nas relações sexuais diz que:

depende do apetite, da motivação, da ambiência, do cansaço. Muitas vezes, nenhuma, mas mesmo assim tem muito afeto, desejo, sedução. Em outras épocas, se está em ambiente diferente, em viagem de férias, a motivação é total. O importante é manter a fantasia.

O que se percebe no discurso da professora é a presença de uma relação madura que associa as descobertas na relação com o outro e as faz convergir para a busca do seu bem estar, de sua saúde e da sua realização na dimensão da sexualidade.

Algumas pessoas pensam que o estresse faz parte da vida moderna, mas este não é uma boa coisa, ao contrário é um preço muito alto para as famílias e para a saúde. Essa síndrome da mulher com pressa como a síndrome de Burnout, - são bem semelhantes - já atinge 30% dos brasileiros considerados estressados. Essa síndrome leva à exaustão emocional, a avaliação negativa de si mesmo e a insensibilidade. As mulheres acima de 40 anos são as mais propensas. O acúmulo de funções, o excesso de responsabilidades e as características biológicas as tornam mais vulneráveis. Nossa informante percebendo as conseqüências das condições femininas que acumulam um largo tempo de experiência na esfera pública e gerência na privada, hoje prioriza a psicoterapia como forma de cuidados com a saúde

psicológica, a vida religiosa e espiritual como equilíbrio do ser e a sala dos médicos atendendo as suas necessidades químico-corporais para a manutenção de sua saúde física.

Considerações Finais

Conclui-se que estamos diante de um novo momento em que se quebrou o mecanismo mais confortável do pensamento, aquele que define alguma coisa pelo seu contrário, mudando o sinal, invertendo características. Masculino e feminino se definiam por esta inversão, mas os desafios do nosso tempo confrontaram homens e mulheres com questões insólitas, imprevisíveis no passado, mas que mudou o lugar social das mulheres, mudou sua experiência no mundo. Falar com voz própria foi para as mulheres a grande vitória histórica com que marcaram o século XX.

Considerando a perspectiva da relação entre os sexos não se esgotando na vida conjugal, mas estendendo-se na vida profissional, torna-se necessário uma nova orientação das concepções e práticas de gênero em relação às suas ocupações tanto na esfera pública quanto na esfera privada.

Observa-se que no Brasil as mulheres estão mais preocupadas em questionar e interrogar a sua identidade do que se opor aos homens. A questão que levantamos é como viver e trabalhar juntos preservando nossa identidade e nossa autonomia? Estudos demonstram, contudo, a persistência de profundas desigualdades entre os dois sexos: desigualdade econômica, política ou de acesso a postos de poder. Dentro dos casais a partilha das tarefas ainda é uma doce utopia; as mulheres consagram-se três vezes mais que seus companheiros às atividades domésticas. Ainda temos muito que conquistar.

Contudo a temática das desigualdades parece estar relegada ao segundo plano, em benefício da temática das identidades. A construção de si e seu desenvolvimento pessoal são uma prioridade para todos os indivíduos neste início de século XXI. Mais do que se identificar aos valores masculinos elas afirmam as suas diferenças, qualidades ditas femininas emergiram e são cada vez mais valorizadas. As mulheres reivindicam não mais serem reduzidas a uma só dimensão:

elas querem ser mães, trabalhadoras, cidadãs e sujeitos de seu lazer e prazer. E isso tudo com estilo próprio com que cada uma constrói suas relações com o homem.

Acredito que para os homens, este momento tenha a representação de um terreno pantanoso onde ele ainda não descobriu como caminhar, mas, contudo encontramos muitos desejosos de se apropriar daquilo que sempre foi considerado atributo das mulheres. A harmonia, símbolo do equilíbrio entre os gêneros pode estar na arte de superarmos os papéis pré-determinados por sexos e pensarmos em um desenvolvimento humano, e em modelos sociais, que embora ainda tenha arestas para aparar aproximou muito os fazeres e os sentires de mulheres e homens. Querer apagar todas as diferenças tem o mérito de lutar contra os exageros daqueles que naturalizam essa diferença para justificar uma “ordem” das coisas. As pesquisas atuais apontam para uma repartição variável entre os dois sexos do que qualificaríamos de valores femininos ou masculinos. O desaparecimento dos papéis fixos deixa, assim, lugar para uma rica diversidade de estratégias e de configurações, oferecendo oportunidades tanto para homens quanto para mulheres para exercer seus papéis sociais, ora de forma masculina, ora de forma feminina.

A pílula anticoncepcional permitiu a mulher fazer do sexo não mais uma questão moral, mas de bem-estar e prazer. A mulher tornou-se, assim mais exigente em relação ao seu parceiro, vivendo uma sexualidade mais ativa e prolongada. Dessa forma gostaríamos de recomendar uma atenção especial também ao direito da mulher a ter controle sobre as questões relativas a sua saúde, decidir livremente em relação as questões sexuais, livres de coerção, discriminação ou violência. A relação igualitária entre a mulher e o homem a respeito das relações, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o respeito e o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as conseqüências dos seus comportamentos. Entre as mulheres de educação e nível social mais alto esta é uma das conquistas que se pode depreender inclusive na fala da nossa informante, mas não representa, contudo ainda uma conquista para as mulheres de um modo geral na sociedade brasileira que tem estatísticas altíssimas de estupro entre outras violências

sexuais sofridas pelo uso da força física e pela representação do poder do homem sobre seus corpos.

O diagnóstico das revoluções femininas do século XX é por assim dizer ambíguo, ele aponta para conquistas mais também para armadilhas. A profissionalização se trouxe independência, trouxe também estresse, fadiga e exaustão, visível atualmente nas estatísticas de infartos e problemas nervosos. Bom, aí nos perguntamos, como sair dessa armadilha que criamos, juntos? Caminhamos para um pós-feminismo, no qual a idéia de cuidar, de associar, de combinar, de mixagem tornou-se um valor fundamental, ético e universal, pois homens e mulheres não podem viver uns sem os outros. Sabemos todos que cuidar significa, dar carinho, dar atenção, dedicar-se, afeiçoar-se enfim amar. Podemos imaginar um mundo melhor, para o nosso século do que esse, em que melhor cuidássemos uns aos outros?

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, G. A mulher e a saúde. *Jornalivro Série: Cadernos da Mulher*. São Paulo: CEBES, 1980.
- BUENO, M. L. B. Cléria. *A Mulher e a culpa: relações entre o trabalho e a maternidade* (um estudo realizado com as trabalhadoras das indústrias do setor coureiro-calçadista e similares da cidade de Franca) In: *Women Work Health*. II Congresso Internacional. Rio de Janeiro: 1999.
- CASTELLS, Manuel. *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. O poder da identidade. Vol. II. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DEL, Priore, Mary. *Histórias do Cotidiano*. São Paulo: Contexto, 2001.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1994.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FREYRE, Gilberto. *Sobrados e Mucambos*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1961.
- FREYRE, Gilberto. *Tempo de aprendiz*. São Paulo: Ibrasa, 1979.
- FREYRE, Gilberto. *Casa grande e Senzala*. 12ª ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1963.
- LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, história e educação: construção e desconstrução*. Educação & Realidade. Porto Alegre: UFRGS, v. 20, n. 2, jul/dez 1995, p. 101-132.
- LOURO, Guacira Lopes. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MÁXIMO, Sidnei João. *O trabalho e o direito da mulher. Dissertação de Mestrado*. Rio de Janeiro: UGF, 1996.

MOURÃO, L. A representação social da mulher brasileira na atividade físico-desportiva: da segregação à democratização. *Tese de Doutorado*. Rio de Janeiro: UGF, 1998.

OLIVEIRA, R. Darcy. In: O século XXI começou em Pequim. *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*. Beijing, China. Rio de Janeiro: Fiocruz 1995

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação & Realidade. Porto Alegre: UFRGS, v. 20, n. 2, jul/dez 1995, p. 71-99.

SEVCENKO, N. *A Revolta das Vacinas: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Ed. Scipione, 1993.

TEIXEIRA, J. M. *Mortalidade na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Tipografia Central Brown & Evaristo, 1876.

TEIXEIRA, J. M. *Causas da mortalidade das crianças no Rio de Janeiro*. Memória apresentada à Imperial Academia de Medicina em resposta a esta questão posta a prêmio na sessão de 06 de julho de 1886, e laureada com o 1º Prêmio em sessão magna de 30 de julho de 1887. Rio de Janeiro, 1888.

EXERCÍCIO FÍSICO E SAÚDE: DA CRÍTICA PRUDENTE

Carlos Magallanes Mira

Resumo

Este ensaio tem por finalidade debater alguns dos conceitos e fundamentos que dão sustento à afirmação de que o exercício físico constitui um fator de saúde e prevenção de doenças. O mesmo coloca especial ênfase na análise crítica do processo de construção de conhecimentos no campo biomédico e nas características e transformações culturais que estão acontecendo neste final de milênio. Enquanto ensaio que é, enfatiza a perspectiva de descoberta, de geração de problemas, de levantar questões críticas, tentando não negligenciar, evidentemente, as argumentações sólidas. A hipótese que levantamos poderia ser enunciada da seguinte maneira: no atual estado da arte, a afirmação de que o exercício físico constitui um fator de saúde e prevenção de doenças - para pessoas previamente saudáveis e normalmente ativas - está ancorada em critérios de valor mas não em fatos científicos. Ou dito em outras palavras, entre exercício físico e saúde existem inter-relações, interações, retroações complexas e recíprocas, mas não uma relação positiva de causa-efeito. De maneira geral, é a saúde que conduz à atividade e ao exercício físico e não o contrário.

Nota esclarecedora

Antes de começar, queremos esclarecer um ponto importante: não negamos que o sedentarismo represente um fator de risco para as doenças crônico-degenerativas que caracterizam nossa moderna civilização, nem que os exercícios físicos possam desempenhar um importante papel no tratamento e recuperação de algumas doenças específicas e/ou de certos fatores de risco quando os mesmos estão alterados, nem que possam ser úteis educacional e

socialmente, nem que, se agradam, possam ser bons para o equilíbrio psicológico e, incluso, possam chegar a contribuir na auto-estima e bem-estar de muitos indivíduos. Entretanto, nossa discussão limita-se a analisar o ***possível papel que o exercício desempenharia no incremento da saúde e na proteção contra certo tipo de doenças, em indivíduos previamente saudáveis e normalmente ativos***¹. Benefícios que, por outro lado, seriam exclusivos do exercício físico sistemático e não comuns a qualquer atividade física e/ou recreativa.

Com o propósito de precisar e restringir o objeto do nosso análise, as reflexões que realizamos limitam-se à relação entre exercício físico e saúde arterial coronariana. A escolha deve-se a duas razões: por um lado, a que a doença arterial coronariana é, considerada isoladamente, a principal causa de morte no mundo e, por outro lado, a que uma grande parte dos estudos orientados a relacionar a incidência do exercício físico e da aptidão física sobre a saúde focalizam justamente este aspecto. Estamos cientes que existem outros hipotéticos efeitos preventivos dos exercícios físicos (sobre o sistema imunitário e a glutamina, sobre a massa óssea, sobre a função cognitiva e o cérebro, sobre o sistema nervoso, sobre a produção de radicais livres, sobre os mecanismos sensoriais e perceptivos, sobre o processo digestivo). Seria por demais ambicioso pretender abordar em detalhe todos e cada um deles num artigo destas dimensões. Porém, excluindo algumas passagens específicas, as considerações que fazemos podem ser estendidas a qualquer um dos possíveis efeitos preventivos dos exercícios.

Introdução

Os cientistas e profissionais do campo da saúde que sustentam a idéia da existência de uma relação causal positiva entre exercício físico e saúde, mais especificamente, cardiovascular, ou seja, que o exercício físico - dentro de certas condições de frequência, volume e intensidade - brindaria certa proteção contra a doença arterial coronariana, afirmam que os benefícios dos exercícios seriam produto de seus efeitos agudos e/ou de seus efeitos crônicos. Com relação

¹ Com a expressão "indivíduos previamente saudáveis" queremos dizer pessoas que, assumimos, não possuem nenhuma patologia antes de começar um programa de exercícios. E com "normalmente ativos" apenas referimo-nos a pessoas que não padecem um "sedentarismo crônico" mas tem um estilo de vida que demanda um gasto energético pelo menos mínimo: andam algumas centenas de metros ao dia, sobem escadas com frequência, realizam tarefas domésticas, etc.

aos **efeitos agudos**, o exercício físico agiria direta e favoravelmente sobre certas variáveis fisiológicas (pressão arterial, lipídios sanguíneos, processo hemostático, etc.), independentemente das possíveis adaptações a longo prazo, nestas ou em outras variáveis fisiológicas, produto do treinamento regular. Com relação aos **efeitos crônicos**, o exercício físico seria benéfico pelas adaptações fisiológicas provocadas através do processo de treinamento. Dentro dessas adaptações, poderíamos realizar uma distinção em função das variáveis fisiológicas afetadas: de um lado estariam as mesmas variáveis que também seriam afetadas de forma aguda; do outro lado estariam as variáveis do que freqüentemente se denomina aptidão física relacionada à saúde.

Fazemos notar que as informações resumidas nas linhas anteriores pressupõem as seguintes três premissas:

i) o exercício físico realmente provoca essas respostas e adaptações;

ii) essas respostas e adaptações que se atribuem ao exercício físico são inerentemente saudáveis.

iii) o estado de saúde pode ser determinado através da avaliação de parâmetros fisiológicos quantificáveis;

O que tentaremos mostrar a seguir – em forma muito breve e abordando apenas os aspectos que consideramos mais relevantes, por questões de espaço – é que tais premissas, apesar de poderem parecer, à primeira vista, evidentes, são extremamente problemáticas. Em outras palavras, que essas três asserções levantam um conjunto de problemas que comprometem a validade da grande maioria dos estudos que revelam uma relação causal positiva entre exercício físico e saúde².

² Com relação à asserção III, não é o foco de nosso interesse neste ensaio – nem compromete o resto das nossas considerações – mostrar em detalhe a obsolescência dessa concepção que identifica e define a normalidade fisiológica através da normalidade estatística (por meio aritmético mais e menos um determinado desvio padrão) de caracteres físico-químicos e funcionais quantificáveis. Este assunto foi muito bem abordado e criticado por George Canguilhem em sua já clássica obra “O Normal e o Patológico”. Por tanto, baseados em Canguilhem, nos limitamos a resumir e afirmar que normal e patológico não são fatos (conjunto de características possíveis de serem descritas objetivamente) mas valores (qualidades biológicas avaliadas positiva ou negativamente pelo e para o ser vivo). Nas palavras de Canguilhem, dir-se-ia que o organismo normal ou saudável é o organismo normativo - quanto maior capacidade normativa, maior ou melhor saúde -, aquele organismo que pode tolerar agressões às normas biológicas. Isto significa a impossibilidade de definir o normal e o patológico de maneira objetiva. Do ponto de vista da objetividade científica só é possível definições operacionais para certos contextos ou níveis determinados (por exemplo, sexualidade normal do ponto de vista da reprodução, etc.), assim como do ponto de vista de categorias conceituais é possível falar de patologias ou doenças, mas estas são apenas modelos, protótipos teóricos. Em definitiva, qualquer critério quantitativo utilizado, qualquer valor limite para mais ou para menos considerado como limiar de passagem do normal para o patológico sempre será parcial (condicionado por um ponto de vista), arbitrário e conceitualmente insustentável.

I) SOBRE SE O EXERCÍCIO FÍSICO REALMENTE PROVOCA AS RESPOSTAS E ADAPTAÇÕES QUE LHE SÃO ATRIBUÍDAS

As considerações que vamos expor situam-se em dois diferentes níveis de análise: a) num primeiro nível mais geral, referente à insuficiência dos dispositivos conceituais e metodológicos utilizados pela biomedicina – especificamente pela epidemiologia – para o estudo das relações existentes entre exercício físico e saúde; b) num segundo nível mais específico, que diz respeito às limitações e problemas metodológicos comuns aos estudos que envolvem o exercício físico.

a) Insuficiência dos dispositivos conceituais e metodológicos da epidemiologia para o estudo das relações existentes entre exercício físico e saúde³:

Apesar da questão da causalidade ser, para a filosofia, um problema que continua em aberto, desde o ponto de vista da ciência o mesmo se resolve ou reduz na explicação; isto é, na descrição dos mecanismos. Em ciência fala-se de causalidade entre dois fenômenos A e B, quando existe (pelo menos) uma teoria explicativa que descreve os mecanismos por meio dos quais tais fenômenos estão relacionados. Teoria que, alias, deverá ter sido testada e corroborada. Ou dito de outra maneira, existe explicação causal quando se conhecem os sucessos necessários que vinculam causas com efeitos.

Agora bem, é este tipo de causalidade/explicação que se utiliza no campo das ciências da vida e da saúde? Não unicamente. No campo biomédico são utilizados dois tipos de causalidade cujos estatutos epistemológicos são substancialmente diferente. Temos um primeiro tipo de causalidade que poderíamos denominar fisiológica ou fisiopatológica e que em essência não apresenta diferenças com o modelo de causalidade - nexos lógicos que descreve os mecanismos - utilizado nas demais ciências empíricas. Porém, existe um segundo tipo de causalidade, a causalidade

³ A insuficiência não apenas diz respeito ao estudo das relações entre exercício físico e saúde, mas também ao estudo do complexo fenômeno humano e de seus processos de saúde-doença.

epidemiológica, que além de ser específica das ciências biomédicas, possui um significado bem diferente. A causalidade epidemiológica é uma causalidade probabilística, de tipo indutivo⁴. Basicamente, refere-se à incidência de certo tipo de agravos frente à exposição ante determinados fatores (ambientais, comportamentais, genéticos) considerados de risco. A sua força, o seu valor determinístico, portanto, é bem mais fraco, na medida que não explica, apenas correlaciona, estabelece as chances de aparecerem determinadas patologias em função da exposição a certos fatores ditos de risco⁵. Em outras palavras, o que queremos dizer e que apesar de poderem existir regularidades estatísticas, correlações perfeitas entre fenômenos, só será possível falar de causalidade, unicamente, quando estiverem explicitados os mecanismos necessários.

O nosso interesse em destacar os problemas do dispositivo estatístico-epidemiológico, e de maneira específica as limitações do modelo de risco da epidemiologia, deve-se a que a enorme maioria dos estudos que relacionam exercício físico e saúde situam-se dentro da dita epidemiologia dos fatores de risco - também chamada, ironicamente pelos críticos, de “epidemiologia da caixa preta”.

Apenas para ilustrar o que aqui estamos afirmando - o fato de muitas das relações entre exercício e saúde estarem fundamentadas apenas num critério probabilístico de causalidade e não em teorias explicativas corroboradas, o que significa reduzir a causalidade a mera correlação -, fechamos estes primeiros comentários citando uma passagem do estudo de revisão de literatura de um conhecido autor (Patte, 1995) que faz referência a várias pesquisas já consideradas clássicas na área. Logo de analisar e citar diversos trabalhos que estudaram a relação entre atividade física e doença arterial coronariana, o autor acaba concluindo que a inatividade física resulta um dos principais fatores de risco para essa doença.

⁴ A rigor devemos dizer que não é apenas na Epidemiologia que utiliza-se um modelo probabilístico de causalidade. A Genética e a dita Medicina Preditiva - e fora do campo biomédico, teorias como a Mecânica Quântica, por exemplo - também utilizam um tipo probabilístico de causalidade.

⁵ Uma boa crítica ao problemático conceito de risco encontra-se em Castiel (1996). A construção do conceito de risco é um claro exemplo da falta de discussão teórica que tem caracterizado à Epidemiologia no processo de construção de conhecimentos em prol de uma excessiva ênfase no desenvolvimento e refinamento das técnicas e métodos de análise quantitativa - talvez como forma de tentar legitimar-se como ciência.

Entretanto, prestemos atenção ao tipo de argumento que utiliza para fundamentar sua conclusão:

“This conclusion has been based, in large part, on the fact that the pertinent epidemiological literature has been found to meet the criteria for establishing a causal relationship between physical inactivity and CHD. One of these criteria is that a dose-response relationship (or biological gradient) has been convincingly documented (Pate et al., 1995; Powell et al., 1987).”

b) Sobre as limitações e problemas metodológicos comuns aos estudos que envolvem o exercício físico:

Na mesma linha argumentativa do item anterior, nossas críticas aqui dirigem-se, em primeiro lugar, à forma extremamente reducionista em que os estudos abordam e interpretam o fenômeno complexo que representa o exercício físico. Em segundo lugar, referem-se aos problemas e limitações metodológicas que envolvem a quase totalidade de estudos que analisam a relação entre exercício e saúde.

Sumariando a modo de tópicos os principais aspectos que interessa destacar:

- O exercício físico não é meramente um estímulo biológico, mas um fenômeno complexo de dimensões múltiplas - biológicas, psicológicas, sociais, culturais. O ser humano é, eminentemente, um ser social e seus comportamentos - o movimento entre eles - expressam a sua totalidade e unicidade, além de constituir um fator de cultura. Aspectos físicos, psicológicos, motivacionais, sociais, simbólicos etc., tudo se combina na expressão motriz. Portanto, desde o momento que o exercício físico está integrado por diversos aspectos - muitos deles impossíveis de serem quantificados - , os critérios e indicadores fisiológicos que são utilizados para avaliar a sua eficácia nos processos de saúde/doença, têm uma validade limitada.

- O papel simbólico do exercício como fator de saúde acima mencionado possui implicações epistemológicas importantes. Seja que nos refiramos à ação de prescrição pelo profissional de saúde (poder exercido e contido no “ritual” da prescrição) ou nos refiramos à confiança das pessoas no poder

dos exercícios (poder associado à crença na eficácia da ciência, por exemplo), significa que, além dos efeitos objetivos, existem efeitos subjetivos pertencentes ao campo do simbólico⁶. Essa “eficácia simbólica” (Lévi-Strauss, 1958) do exercício no campo da saúde que envolve, por um lado, o imponderável ou “místico” e, por outro lado, a produção e a atribuição de poder ao profissional e ao próprio exercício - sempre em dependência de cada cultura e de cada indivíduo particular - tem íntima relação com o conhecido efeito placebo. E é com relação ao mesmo que realizamos a seguinte consideração: atualmente, com a finalidade de neutralizar o efeito placebo, todos os estudos destinados a avaliar a eficácia de medicamentos e de certas outras intervenções, utiliza-se uma metodologia de duplo controle, onde nem testados nem experimentadores sabem quem está recebendo o tratamento e quem o placebo. Obviamente, estudos deste tipo não são possíveis com o exercício, já que não existe uma “versão simulada” de exercícios físicos onde nem experimentador nem testados pudessem ignorar qual seria o “exercício real” e qual o “exercício placebo”. Portanto, temos de reconhecer que, *a priori*, todos os estudos destinados a avaliar os efeitos dos exercícios estão contaminados pelo efeito placebo.

· Para finalizar estes comentários, nos referiremos brevemente à equalização que freqüentemente se estabelece entre aptidão física e saúde. O fato, por um lado, de que o exercício físico desenvolve a aptidão física e, por outro lado, a constatação de que uma boa aptidão física - e em conseqüência, também a prática de exercícios - geralmente está associada a um bom estado de saúde, tem levado a pensar, talvez precipitadamente, que existe uma relação de causalidade entre exercício e saúde. Isto significa não considerar a quantidade e complexidade de fatores que influenciam, tanto em que uma pessoa se exercite, como no

⁶ Nada temos contra à eficácia simbólica de certas intervenções no campo da saúde. Pelo contrário, pensamos que o simbólico, quando bem utilizado pelo profissional da saúde, deve jogar um papel fundamental na sua prática. Apenas queremos destacar que, se parte dos supostos benefícios dos exercícios são do domínio do simbólico, em primeiro lugar, ficariam relativizados os argumentos de que os benefícios dos exercícios para a saúde estariam dados pelos seus diretos efeitos fisiológicos agudos e crônicos; e em segundo lugar, esses benefícios não seriam específicos dos exercícios físicos mas de qualquer atividade que penetre no domínio do simbólico de maneira similar. Muitas pessoas que praticam meditação (transcendental, Zen etc.) atribuem à meditação, propriedades - eficácia simbólica? - muito similares às que atribuem aos exercícios físicos as pessoas que se exercitam. Atividade mais “sedentária” que a meditação resulta difícil imaginar. Acharíamos interessante levar a cabo uma pesquisa que compare - transversal e longitudinalmente - a saúde dos meditadores vs. a saúde dos indivíduos que se exercitam.

seu estado de saúde. Certamente, características como obesidade, tipo de personalidade, peculiaridades psicossociais, hábitos de estilo de vida, etc., afetam a saúde de uma pessoa, mas também, a saúde que tal pessoa possua, influencia em essas características ou comportamentos. Existem interações, retroações, relações circulares entre essas características ou comportamentos e a saúde de cada pessoa. Ou seja, é razoável supor que os indivíduos mais saudáveis sejam os que apresentam determinado perfil de características e comportamentos - de origem biológica e psicossocial - e reciprocamente, os indivíduos que apresentam esse determinado tipo de características e comportamentos sejam os mais saudáveis.

Lembremos que correlação não significa relação de causalidade. Apenas com base às associações mencionadas entre exercício físico e saúde, pretender deduzir a existência de uma relação causal, seria como verificar que a maioria dos jogadores de basquete são altos e querer sustentar, apressadamente, que o basquete faz crescer. Não existe teoria explicativa consistente que possa sustentar tal afirmação. Mais ainda, com um pouco de bom senso nos inclinaríamos a pensar que é justamente o fenômeno inverso que ocorre; é dizer, os indivíduos altos, pelo fato de serem altos - qualidade importante para um bom desempenho no basquete - tendem com maior frequência a praticar, e a ter sucesso neste esporte. Ou seja, de maneira análoga ao exemplo dos jogadores de basquete, em lugar de concluir que é o exercício físico que outorga saúde, não poderíamos pensar, acaso, que seria a prévia condição saudável dos indivíduos o que conduziria a uma vida ativa e à prática de exercícios físicos? Ou melhor ainda, não seria mais razoável pensar que entre exercício físico e saúde - como fenômenos altamente complexos e multidimensionais que são - em vez de existir uma relação linear de causa-efeito, possa existir uma relação não linear com interações e retroações de influências múltiplas e recíprocas?

II) DISCUSSÃO SOBRE SE VÁRIAS DAS RESPOSTAS E ADAPTAÇÕES QUE SE ATRIBUEM AO EXERCÍCIO FÍSICO SÃO INERENTEMENTE SAUDÁVEIS

Os exercícios físicos sistemáticos provocam uma variedade de mudanças adaptativas na síntese de proteínas; mudanças que resultam da influência de indutores específicos no aparato genético celular e nos mecanismos de síntese de proteína. O aumento do número - e tamanho - das proteínas sintetizadas faz possível substituir velhas estruturas por novas. Paralelamente, também aumenta o número de moléculas das enzimas que catalisam as vias metabólicas que estão sendo estimuladas com o exercício. Porém, não é possível afirmar que o exercício incrementa a eficiência dos mecanismos adaptativos.

(...) a pergunta de se a estimulação sistemática da síntese de proteínas conduz ao desenvolvimento ou à exaustão do mecanismo adaptativo de síntese de proteínas permanece em aberto. (Virus & Smirnova, 1995, p.130)

Entretanto, o que talvez poderia se tentar argumentar é que o exercício físico ofereceria uma margem de segurança maior para prevenir certas doenças futuras (aterosclerose coronária, por exemplo). Certamente, este argumento utilizado com frequência, porém, resultaria na afirmação de que o exercício estaria outorgando à pessoa uma capacidade normativa maior (ver nota 2). Suponhamos, por exemplo (assunto que não está completamente claro ainda) que em indivíduos com perfis lipídicos normais, o exercício “melhorasse” ainda mais esses perfis (diminuição do colesterol total e aumento da relação HDL-colesterol/colesterol total, por exemplo) ou que desenvolvesse uma maior capilarização coronária. Em primeiro lugar, poder-se-ia questionar se essas adaptações outorgariam algum tipo de benefício adicional. E mesmo supondo possíveis benefícios, como afirmar que ante o eventual início de um processo aterosclerótico, o indivíduo que se exercita apresentaria vantagens em relação ao que não se exercita? Poderíamos afirmar, acaso, que um indivíduo saudável - isto é normativo - que não se exercita, chegado o momento de necessitar, estaria limitado para pôr em jogo

seu potencial normativo pelo fato de não possuir um “melhor” perfil lipídico ou uma maior capilarização desde o início?

Continuemos avançando sobre este assunto, mas agora em outra direção:

Ao começar a introdução dissemos que aqueles que afirmam que o exercício físico constitui um fator de proteção cardiovascular baseiam seus argumentos nos efeitos agudos e/ou crônicos que o exercício físico produziria. Também dissemos que, com relação aos efeitos crônicos é possível fazer uma distinção: de um lado, teríamos as mesmas variáveis fisiológicas que são afetadas agudamente; do outro, as variáveis que integram a freqüentemente denominada aptidão física relacionada à saúde. O que pretendemos fazer a seguir é mostrar que, ainda aceitando tais efeitos como sendo verdadeiros, é difícil sustentar que eles sejam inerentemente bons para o organismo. Com tal propósito, primeiro centraremos a discussão nas variáveis da denominada aptidão física relacionada à saúde para logo abordar aquelas que seriam afetadas tanto aguda como cronicamente, ou pelo menos de forma aguda.

Acerca das variáveis que compõem a denominada aptidão física relacionada à saúde

Fugiria ao tema do nosso trabalho abordar toda a problemática de quais seriam as variáveis da aptidão física - ou fisiológica - melhor relacionadas com a saúde. É comum indicar a capacidade aeróbia (usualmente representada pelo VO_2 máx.), a composição corporal (referida ao percentual de gordura), a flexibilidade e a força/resistência muscular como sendo as qualidades mais importantes⁷. Entretanto, a relação entre tais variáveis e o estado de integridade do sistema cardiovascular está longe de ser clara. Seria por demais extenso analisar em detalhe toda esta discussão. Portanto, nos limitaremos a realizar um par de breves comentários que achamos fundamentais:

· Finalismo formal ou intencional, imperativo químico ou simples “acaso e necessidade”, matriz teórica neodarwinista

⁷ Como a flexibilidade e a força/resistência muscular estão fundamentalmente associadas com o componente ósteo-mio-articular e com características que tem a ver com a habilidade da pessoa para desempenhar as atividades do cotidiano, mas não estão diretamente vinculadas com aspectos cardiovasculares, nossos comentários considerarão apenas a capacidade aeróbia e a composição corporal.

ou com base nas modernas teorias dos sistemas auto-organizadores, a evolução tem ido ao longo do tempo selecionando as normas biológicas de valor positivo – ou pelo menos neutro – para a vida e eliminando as de valor negativo. Assim se formaram e evoluíram, e o continuam a fazer, as diferentes espécies e se escolheram as normas orgânicas - fisiológicas, morfológicas etc. - mais apropriadas a cada espécie. Que nós, seres humanos, tenhamos uma temperatura corporal interna de 37°C, que a nossa glicemia normal em jejum esteja próxima aos 100 mg/dl ou que os valores de hemoglobina oscilem entre 12 e 18 g/dl, significa que a vida humana exige, e portanto a evolução tem instituído, determinadas normas - expressas nessas constantes fisiológicas. A pergunta que fazemos, então, é a seguinte: **por que, a diferença dessas variáveis citadas e de tantas outras, as variáveis associadas a dita aptidão física relacionada à saúde (capacidade aeróbia e composição corporal) apresentam tanta variação entre os distintos indivíduos?** Se possuir um VO₂ máx. elevado ou um “adequado” percentual de gordura corporal - para escolher alguns dos indicadores como exemplo - fossem qualidades intrinsecamente boas para a vida, por que, então, a evolução não as escolheu e favoreceu, dotando a todos os seres humanos com VO₂ máx. elevados e percentuais de gordura corporal reduzidos? E por que não eliminou aos que possuíam um baixo VO₂ máx. e/ou altos percentuais de gordura corporal? Com relação ao fenômeno de acumulação de gordura corporal poderíamos acrescentar ainda que segundo certas teorias filogenéticas, essa capacidade do ser humano de armazenar energia em forma de gordura corporal – capacidade que reflete uma elevada eficiência metabólica – constituiu um fator decisivo para a sobrevivência da nossa espécie⁸.

· Com relação à capacidade aeróbia como indicador de saúde, é necessário ter em conta que a aptidão cardiovascular diz respeito à capacidade de realizar esforços

⁸ Um aspecto que nos parece interessante é o seguinte: valorizamos máquinas que requerem pouca energia para funcionar. Por exemplo, se tivéssemos que escolher entre dois carros A e B completamente iguais, cuja única diferença fosse que A consome menos gasolina que B - ambos com igual potência de motor -, não duvidaríamos em escolher o carro A e diríamos que seu motor é mais eficiente. Curiosamente, pareceria ser mais valorizado o organismo de aquelas pessoas que consomem grandes quantidades de alimentos e não aumentam suas reservas energéticas na forma de tecido adiposo. E não apenas por motivos estéticos – padrão atual de beleza, prazer da comida, etc. - nem por meras razões utilitárias de saúde. Haveria também a idéia de que esse organismo (“motor”) é superior.

físicos - basicamente, da capacidade do nosso sistema cardio-circulatório para transportar o oxigênio do sangue aos músculos ativos e da capacidade destes captarem e utilizarem esse oxigênio -, mas não indica nada a respeito ao estado dos vasos sangüíneos ou do coração. O processo aterosclerótico é um problema estrutural, um estreitamento das artérias que levam o sangue oxigenado. Se uma pessoa, por exemplo, que possui as artérias coronárias parcialmente obstruídas por depósitos lipídios, experimentar algum tipo de moléstia quando realiza exercícios físicos - angina pectoris, taquicardia, sensação de falta de ar, etc. -, logicamente se exercitará pouco e conseqüentemente não atingirá um alto nível de aptidão física. Porém, se o indivíduo que tem as artérias coronárias parcialmente obstruídas não manifestar sintomas, seja porque possui um limiar da dor elevado ou pela razão que for, ele pode apresentar uma excelente aptidão física - incluindo a componente cardiovascular - apesar do seu problema nas artérias. Ou seja, em uma pessoa assintomática, o processo aterosclerótico nem sempre influencia seu desempenho físico. Pode se ter artérias em ótimo estado e um sistema cardiovascular que não resista esforços vigorosos, assim como um sistema cardiovascular bem condicionado e artérias com importantes depósitos lipídicos. Em outras palavras, se pode estar em boa forma física e ter artérias limpas, em boa forma física e ter artérias parcialmente obstruídas, fora de forma física e ter artérias limpas e fora de forma física e ter artérias parcialmente obstruídas.

· Finalmente, com relação ao reduzido - ou dito adequado - percentual de gordura corporal como indicador de saúde, apenas queremos chamar a atenção de que a literatura especializada (Fontebonne et al, 1991; Barnard et al, 1992; Gaesser, 1999; entre outros) vem apoiando cada vez com mais força a idéia de que o excesso de gordura corporal constituiria não a causa, mas principalmente o efeito secundário de outras alterações (resistência à insulina e/ou outras disfunções metabólicas ou endócrinas, alimentação excessiva e inadequada, atividade física insuficiente, etc.) as quais seriam as diretas responsáveis dos problemas usualmente atribuídos à obesidade. De isto ser assim, a obesidade deveria

deixar de ser considerada, em si mesma, um fator de risco independente para a doença coronariana⁹.

Acerca das variáveis que seriam afetadas tanto aguda como cronicamente, ou pelo menos de forma aguda

As hipóteses pelas quais os exercícios físicos afetariam em forma aguda - em alguns casos também crônica - certas variáveis fisiológicas em pessoas previamente saudáveis, constituindo-se num fator de proteção contra o risco de iniciar-se um processo aterosclerótico, poderiam ser resumidas da seguinte maneira (Bouchard et al, 1990; Bouchard & Shepard, 1993):

i) A prevenção e/ou proteção adicional estaria em diminuir a probabilidade de vir apresentar valores elevados de pressão arterial, perfil lipídico inadequado, hiperinsulinemia ou intolerância à glicose.

ii) Outros mecanismos de proteção seriam a melhora da função endotelial e a alteração positiva do processo hemostático (viscosidade sanguínea, fibrinólise, agregabilidade plaquetária e coagulação).

iii) Os exercícios físicos aumentariam a circulação colateral coronária permitindo um maior fluxo sanguíneo no coração¹⁰.

iv) Os exercícios físicos desempenhariam um fator de prevenção contra o processo aterosclerótico, uma vez que eliminariam o fator de risco que significaria o sedentarismo. Por razões de espaço, não vamos discutir aqui os diversos mecanismos fisiológicos sugeridos que tentariam dar sustento a estas hipóteses¹¹. Alias, para o que queremos mostrar basta dizer, em primeiro lugar, que até o momento apenas existem dados epidemiológicos e algumas evidências empíricas mas não teorias explicativas consistentes que possam confirmar tais hipóteses. E em segundo lugar, que o fato de que o exercício físico contribua para o tratamento e controle desses

⁹ Haveria que pensar se as estratégias de promoção de saúde não deveriam ser modificadas: em lugar de colocar o ênfase no controle do peso corporal, talvez deveriam limitar-se a aconselhar uma alimentação adequada e um estilo de vida ativo. Aliás, uma mudança de atitude neste sentido, além de ser mais fundamentada e menos preconceituosa, quiçá poderia ter um impacto mais positivo na saúde das pessoas (de fato, os índices de êxito dos programas de redução de peso são muito baixos e os riscos não são poucos: problemas orgânicos, transtornos alimentares, etc.).

¹⁰ A rigor, o aumento da circulação colateral coronária seria um efeito apenas crônico que está incluído dentro da denominada aptidão física relacionada à saúde, aplicando-se, portanto, as considerações realizadas anteriormente quando nos referimos a esse assunto. O mencionamos aqui por ser um dos possíveis benefícios dos exercícios na prevenção da doença coronária mais comumente citados.

¹¹ Para esta discussão, ver Magallanes, 1996.

fatores de risco para a doença arterial coronariana quando os mesmos se encontram alterados, não significa que o exercício também seja um agente de prevenção e/ou que aporte algum tipo de proteção adicional quando esses fatores de risco se acham em níveis normais. Ainda não é claro, por exemplo, se em casos de pressão arterial normal, o exercício modificaria a mesma; e mesmo se a modificasse, por enquanto não se poderia afirmar que isso represente um benefício adicional¹².

Em suma, no atual estado da arte, pareceria que a idéia de que os exercícios físicos oferecem alguma proteção frente ao risco de ter início um processo aterosclerótico, ainda não passa de ser uma hipótese otimista. E mesmo se, futuramente, essa hipótese pudesse chegar a ser verificada, desde já deveríamos concordar que o efeito preventivo seria bem modesto. Do contrário, como explicar os casos - e não são poucos - de doença coronária documentados em atletas e em pessoas que treinaram intensamente desde a infância e o continuaram a fazer ao longo das suas vidas?

Paralelamente, e ainda partindo da premissa de que o exercício físico pudesse chegar a oferecer alguma margem de proteção, por pequena que ela for, não podemos esquecer que:

a) O exercício não é vacina. À diferença dessas vacinas que as tomamos uma só vez e ficamos imunes de por vida, as adaptações provocadas pelo exercício físico são reversíveis, se pararmos de exercitar-nos as perdemos. Apenas variará o tempo de inatividade necessário em função das variáveis consideradas. Ou seja, isto significa que deveríamos exercitar-nos com uma certa regularidade durante toda nossa vida.

b) Como menciona Bouchard et al (1993), a evidência disponível apoia a idéia de que os benefícios dos exercícios para a saúde seriam, principalmente, produto de seus efeitos

¹² Um bom exemplo da inadequação deste tipo de pensamentos "lineares" que pode servir-nos como analogia para pensar as relações exercício vs. saúde, parece-nos o raciocínio freqüentemente utilizado para fundamentar a suplementação de vitaminas e minerais - típico de alguns discursos ortomoleculares e/ou dos supostos efeitos ergogênicos que desempenharia o consumo adicional de certos micronutrientes. Ou seja, baseados nas funções fisiológicas de um dado elemento e na constatação de que, quando existe carência, a suplementação contribui de maneira positiva, pretende-se afirmar que também brindará benefícios adicionais quando se aportar mais do que o necessário; argumento que não possui sustento lógico, teórico, nem empírico (as vitaminas lipossolúveis, por exemplo, quando ingeridas em excesso podem resultar até tóxicas). Realizando a analogia com o exercício diríamos que, pelo simples fato de contribuir no tratamento de certas doenças e/ou de certos fatores ditos de risco quando estes se acham alterados, não podemos concluir que oferecerá algum benefício ou proteção adicional quando não se apresentam tais doenças e quando os denominados fatores de risco se encontram dentro dos níveis considerados normais.

agudos (respostas que duram como máximo algumas quantas horas após a sessão de exercícios), mais do que produto de seus efeitos crônicos (adaptações como resultado de um processo de treinamento). Em outras palavras, o exercício físico regular mais do que a aptidão física (VO_2 máx., capacidade de trabalho etc.) seria a que outorgaria os benefícios. Portanto, além da necessidade de exercitar-nos durante toda a vida, estaria a importância de fazê-lo com uma frequência praticamente diária.

c) Baseados nos resultados dos trabalhos de Paffenbarger (1986, 1988, 1993), os benefícios dos exercícios para a saúde - segundo as diferentes categorias de atividade física - em ordem de prioridade são: *i)* indivíduos que sempre se exercitaram e continuam exercitando-se; *ii)* indivíduos que eram sedentários, logo passaram a exercitar-se e continuam a fazê-lo; *iii)* indivíduos que eram sedentários e continuam sedentários; *iv)* indivíduos que se exercitavam, logo pararam de fazê-lo e seguiram sedentários. Agora, não apenas temos que dizer a necessidade de exercitar-nos durante toda a vida e a importância de fazê-lo com uma frequência elevada. Haveria que acrescentar “o compromisso, a obrigação”, já que se optamos por começar a exercitar-nos e depois abandonamos este hábito, os novos riscos para a saúde superariam aqueles que possuiríamos se houvéssimos continuado sedentários¹³.

d) Com relação ao debate intensidade *versus* volume do exercício, existe controvérsia. Alguns estudos fazem referência à necessidade de uma certa intensidade (moderadamente vigorosos) para proteger da doença cardiovascular coronária - e possivelmente de outras doenças - enquanto outros indicam que a quantidade (expressada em Kcal/semana por exemplo) seria tão efetiva quanto a intensidade. Pela evidência epidemiológica disponível até agora, poderia se dizer que qualquer exercício seria melhor que não fazer nada, enquanto gastar 1500-2000 Kcal/semana em movimentos rítmicos que envolvam os grandes grupos musculares, incluindo de tempo em tempo esforços vigorosos

¹³ Este tipo de questões é que pensamos que a fisiologia está negligenciando. Talvez a explicação esteja em fatores de índole cultural e não meramente orgânicos. Porém, a fisiologia nem a epidemiologia sequer se formulam a pergunta.

que elevem a frequência cardíaca, seria ainda melhor (Paffenbarger et al, 1993; Blair et al, 1995).

Diversos estudos publicados têm mostrado associações positivas significativas entre quantidade de atividade física e longevidade (Blair et al, 1989, 1995; Paffenbarger et al 1975, 1978, 1986, 1988, 1993). Resumamos em forma simplificada os resultados dos trabalhos de Paffenbarger sobre a relação entre atividade física e longevidade¹⁴:

Para analisar esta relação, Paffenbarger classificou as pessoas em diferentes categorias segundo a quantidade de atividade física praticada e o número de anos de prática. A categoria que mostrou possuir a maior longevidade foi a daquelas pessoas que tinham realizado atividades físicas que superavam a quantidade mínima de 1500 Kcal/semana durante muitos anos de vida¹⁵. A diferença na expectativa de vida com relação ao grupo menos ativo foi de 1,57 anos de vida.

Se levássemos em conta o tempo destinado à prática de exercícios físicos durante todos esses anos de vida, devemos concordar que um incremento de 1,57 anos na expectativa de vida - apenas provável, acrescentemos - resulta uma recompensa não muito estimulante. Se calculássemos o tempo gasto nos exercícios e o tempo adicional que sempre se requer - ir até um determinado local, vestir-se com roupa apropriada etc. -, muito provavelmente superaria essa cifra de 1,57 anos.

e) Finalmente, não podemos desconhecer que para quem não encontrar prazer em praticar exercícios físicos, ter que fazê-lo, além de investir tempo e muitas vezes dinheiro (roupa e indumentária apropriadas, clube, transporte, etc.) em algo que não agrada, pode resultar sumamente tedioso e sacrificado. E mesmo sem levar em consideração os riscos - por menores que eles forem e possivelmente compensados pelos supostos benefícios - que toda prática de exercícios sempre envolve.

¹⁴ Citamos os trabalhos de Paffenbarger porque, devido ao tamanho da amostra e a ser um estudo longitudinal de muitos anos, têm se constituído num clássico na área.

¹⁵ Chamamos a atenção sobre o fato de que 1500 Kcal/semana em termos de exercícios físicos representa uma carga de trabalho e uma inversão de tempo nada desprezíveis (para um homem de 70 kg de peso, significaria, aproximadamente, quatro aulas de uma hora de ginástica localizada ou quatro sessões de 40 minutos de trote lento). Claro está que a atividade física de uma pessoa nunca se limita, exclusivamente, ao exercício físico; porém, com alguma pequena alteração nas "cifras", o argumento que expomos continua sendo válido.

Resumindo, se um indivíduo que não sente prazer em exercitar-se, tem que assumir o compromisso de realizar, praticamente de forma diária e por toda sua vida, uma atividade que além de requerer um investimento considerável de tempo lhe resulta tediosa e sacrificada, será que a promessa de uma pequena margem de segurança maior com relação a eventuais processos patológicos futuros e a promessa de um tão modesto incremento na expectativa de vida, resultam recompensas tentadoras?

Em infinidade de ocasiões através da história, temos visto serem utilizados argumentos pseudo-científicos para dominar, controlar e marginalizar diferentes grupos humanos (negros, judeus, mulheres ...). Portanto, será que agora, com este discurso que pretende fundamentar “cientificamente” a necessidade de exercitar-se e de manter-se apto fisicamente e com um baixo percentual de gordura corporal para ser saudável, não estaremos estigmatizando pessoas pelo simples fato de serem gordas ou não compartilharem o gosto pelos exercícios físicos?

O fato de ter mostrado a inconsistência dos argumentos de saúde para sustentar, tanto um modelo de corpo como o objetivo de incrementar a aptidão física e a adesão do hábito de exercitar-se, nos faz tomar consciência da necessidade de analisar de uma maneira mais criteriosa, tanto as relações existentes entre a saúde e os comportamentos ditos de risco como os argumentos - reconhecendo e distinguindo utilitários, morais e estéticos - que aparecem misturados nos típicos discursos sobre a saúde¹⁶.

III) DA CRÍTICA PRUDENTE

Tendo por base intelectual e ética o entendimento da ciência como atividade humana vinculada a valores e condições concretas - culturais, materiais, etc. -, pensar as relações entre exercício físico e saúde não nos parece uma tarefa simplesmente teórica. A atividade de promoção de saúde, na

¹⁶ Em concordância com Lovisolo (1995), pensamos que estes indícios permitem sugerir a hipótese de que, tanto na busca de um corpo magro e condicionado, como no hábito de exercitar-se, a saúde estaria jogando o papel de discurso legitimador - por ser um valor socialmente apreciado - de outras razões mais de fundo: motivações com a estética corporal e adequação a normas morais socialmente impostas e estimadas (principalmente associadas ao valor do autocontrole e a valores racionais de produtividade e eficiência - perseverança, disciplina espírito de sacrifício, etc. - que nossa moderna cultura ocidental tem convertido em virtudes).

qual o exercício toma parte, não é uma atividade neutra. Na medida em que está comprometida com certo conjunto de valores, ela resulta uma atividade fortemente normativa. Parte do pressuposto – possível de ser questionado – de que a saúde e o cuidado da mesma constitui um valor em si mesmo (daí que os indivíduos deveriam preocupar-se por ela) ao mesmo tempo que possui juízos – também questionáveis – acerca do que é um estilo de vida desejado, correto, adequado (estilo de vida que os indivíduos deveriam aderir). Ou seja, tanto por envolver juízos sobre valores como por influenciar a confecção de políticas de saúde pública e objetivar persuadir pessoas na adoção de determinados hábitos de vida, surge a necessidade – e obrigação, pensamos –, de que os profissionais ligados ao campo da saúde reflitamos em forma crítica e cuidadosa sobre a atividade de promoção de saúde. Isto adquire especial relevância num contexto histórico como o que estamos vivendo onde a saúde e a estética corporal têm-se tornado importantes forças emotivas que identificam e orientam a vida do ser humano atual (Goldstein, 1992; Lovisolo, 1995; Sfez, 1995).

Como pensamos ter mostrado ao longo deste ensaio, a idéia de que, em pessoas *previamente saudáveis e normalmente ativas*, o exercício físico constitui um fator de saúde e prevenção de doenças, ainda possui um carácter hipotético - pelo menos no que respeita à doença cardiovascular coronária. Os estudos que dariam sustento à relação de causalidade entre exercício e saúde revelam grandes carências tanto no nível conceitual quanto metodológico.

Por que, poderíamos perguntar, a relação entre exercício e saúde não tem passado por uma análise mais crítica? Certamente é uma questão interessante e as respostas podem ser várias e em diferentes direções. Algumas aproximações realizamos numa outra oportunidade (Magallanes, 1996). Portanto, agora, limitamo-nos a destacar o fato bem constatado pela história da ciência de que qualquer hipótese que consegue fundamentar-se em argumentos aparentemente coerentes, ao mesmo tempo pode aportar soluções simples e tranquilizadoras, resulta muito fácil de ser verificada experimentalmente. De alguma maneira, os cientistas não podem encontrar resultados diferentes dos que obtêm, porque, em função das ferramentas teóricas e

metodológicas que utilizam - entre as quais estão suas idéias prévias e hipóteses -, são precisamente esses resultados o que procuram. Já Gaston Bachelard mostrou há muito tempo como as qualidades do real científico estão condicionadas, em grande parte, por nossos métodos racionais.

Em outras termos, a hipótese subjacente que funcionou como estímulo inicial e fundamento final no desenvolvimento deste ensaio, é que dentro da atual conjuntura epistemológica rumo a uma forma de saber essencialmente operativo, é dizer, a um saber-fazer “tecnocientífico” ou “tecnológico”, o pensamento acadêmico corre o risco de converter-se no discurso acrítico de acompanhamento e legitimação da eficácia desse saber. Pareceria que o sucesso da ciência nos últimos quinhentos anos originou um perigoso pragmatismo e uma perigosa impaciência que agora nos impedem suportar o peso da nossa ignorância. Em todos os campos da ciência – e talvez nas ciências da vida com mais vigor – cresce o número de “teorias de caixa preta¹⁷” ao mesmo tempo que continuam sendo usadas outras teorias que apesar de evidenciarem importantes incongruências e contradições, seguem sendo aceitas – porque funcionam – como se fossem uma boa aproximação da “verdade”.

Não pretendemos com os questionamentos realizados ao longo do trabalho, levantar nenhuma bandeira contra o exercício físico nem contra o cuidado do corpo ou da saúde. Nada disso. O que apenas afirmamos é a necessidade de analisar de uma maneira mais criteriosa o exagerado entusiasmo com que tanto leigos, como especialistas costumam defender o exercício físico como fator de saúde. A prudência, ou simplesmente a boa educação, exige que admitamos que nossos conhecimentos podem estar no mínimo incompletos.

¹⁷ Com a expressão “teorias de caixa preta” nos referimos a teorias que uma vez que se conhecem os “inputs” é possível prever os “outputs”, mas não sabemos o que acontece no meio; ou seja, não temos conhecimento dos mecanismos. Tal é o caso, por exemplo, da mecânica quântica, por exemplo ou da genética. Os biólogos moleculares toda hora anunciam que encontraram “o gene” responsável por este ou aquele carácter humano dando a entender que descobriram uma explicação para ele. O que na verdade deveriam dizer é que um alelo de um certo gene foi observado em vários membros de uma família na qual parece haver uma predisposição hereditária para um dado carácter. Especialmente nos casos em que as funções dos alelos mais comuns desse gene são desconhecidas, considerar o alelo supostamente defeituoso como uma “explicação” carece de total sustento.

Se este ensaio chegasse a levantar críticas (sejam elas a favor ou contra) que estimulasse futuras discussões e elaborações, além de haver respeitado o critério científico popperiano da intersubjetividade da crítica, também haveremos atingido nosso principal e único objetivo.

REFERÊNCIAS

- BARNARD, R.J.; UGIANSKIS, E.J.; MARTIN, D.A. & INKELES, S.B. (1992). Role of diet and exercise in the management of hyperinsulinemia and associated atherosclerotic risk factors. *American Journal of Cardiology*. 69:440-444.
- BLAIR, S.N.; KOHL III, H.W.; PAFFENBARGER, R.S. et al (1989). Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of health men and women. *Journal of American Medical Association*. 262:2395-2401.
- BLAIR, S.N.; KOHL III, H.W.; BARLOW, C.E. et al (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. *Journal of American Medical Association*. 273:1093-1098.
- BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; McPHERSON, B.D. Editors (1990). *Exercise, Fitness and Health: A Consensus of Current Knowledge*. USA: Human Kinetics Publishers.
- BOUCHARD, C. and SHEPHARD, R.J. (1993). Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and key Concepts. In: Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. (eds.). *Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement*. Ontario: Human Kinetics Publishers.
- CANGUILHEM, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CASTIEL, L.D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. *História, Ciências, Saúde* Vol.III(2):237-264. Rio de Janeiro: Manguinhos. 1996.
- FONTEBONNE, A.; CHARLES, M.A.; HUBULT, N. et al. Hyperinsulinemia as a predictor of coronary heart disease mortality in a healthy population: The Paris prospective study, 15-year follow-up. *Diabetologia* 34:356-361. 1991.
- GAESSER, G.A. Delgadez y pérdida de peso: es beneficioso o perjudicial para la longevidad? *Resúmenes del VII simposio internacional de ciencias aplicadas al deporte*. Rosario: Biosystem Servicio Educativo. 1999.

GOLDSTEIN, M.S. *The Health Movement*. Massachusetts: Twayne Publishers. 1992.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: *Antropologia estrutural* (cópia xerográfica da tradução portuguesa do original). Paris, França: Ed. Plon. 1958.

LOVISOLO, H.. Esporte e Movimento pela Saúde. *A Arte da Mediação*. Rio de Janeiro: Sprint. 1995.

MAGALLANES, C.A. *O exercício físico como agente de promoção da saúde: ciência ou crença sedutora?*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho. 1996.

PAFFENBARGER, R.S.; HELE, W.E. Work activity and coronary heart mortality. *New England Journal of Medicine* v.292, p.545-550. 1975

PAFFENBARGER, R.S.; WING, A.L. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*. v.108, p.161-175. 1978

PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.T.; WING, A.L.; HISCH, C.C. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*. v.314, p.605-613. 1986.

PAFFENBARGER, R.S. Contributions of epidemiology to exercise science and cardiovascular health. *Medicine and Science in Sports and Exercise*.v.20. n.5, p.426-437. 1988.

PAFFENBARGER, R.S.; HYDE, R.T.; WING, A.L. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*. v.328, p.538-545. 1993.

PATE, R.R. Physical Activity and Health: Dose-Response Issues. *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance* v.4, n.66, p.313-317. 1995

PIAGET, J.; GARCÍA, R. *Psicogênese e história das ciências*. Lisboa, Portugal: D. Quixote. 1987.

SFEZ, L. *A saúde perfeita: crítica a uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco Editora & Edições Loyola. 1995.

VIRU, A.; SMIRNOVA, T. Health Promotion and Exercise Training. *Sports Medicine*. v.19, n.2, p.123-136. 1995.

Esta obra foi composta e editada pela agência Tatticas Publicidade e Propaganda de Itajaí, SC e impressa na Nova Letra Gráfica e Editora Ltda. (Blumenau/SC). Miolo em papel sulfite 75g e Capa em Triplex 275g.

Contatos para Aquisição do Livro
E-Mail: gttsaude_salus@yahoo.com.br



1) Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde – Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marcos Bagrichevsky

2) Análise sobre os limites da inferência causal no contexto investigativo sobre “exercício físico e saúde” – Alexandre Palma; Marcos Bagrichevsky; Adriana Estevão

3) Desigualdade Social e Atividade Física – William Weissmann

4) Quem vive mais morre menos? estilo de riscos e promoção de saúde – Luis David Castiel

5) Qualidade de vida, corpos aprisionados – Salete Oliveira

6) A saúde como objeto de reflexão filosófica – Sandra Caponi

7) Educação física escolar como via de educação para a saúde – Fabiano Pries Devide

8) Equidade de gênero e saúde: desafio dos novos tempos sociais – Ludmila Mourão; Cátia Duarte

9) Exercício físico e saúde: da crítica prudente – Carlos Magallanes Mira