

# EDUCAÇÃO FÍSICA, CORPO E SAÚDE: UMA REFLEXÃO SOBRE OUTROS “MODOS DE OLHAR”

ALEXANDRE PALMA

Docente da Universidade Gama Filho e Doutorando em Saúde Pública pela  
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)  
E-mail: alexandrepalma@domain.com.br

## RESUMO

*O objetivo deste ensaio é discutir o papel da educação física voltada para saúde, a partir de reflexões sobre o cenário social em que se encontra o mundo contemporâneo, suas repercussões sobre o corpo e práticas de intervenção; os conceitos de saúde; e, o modelo de investigação científica hegemônico. O estudo, então, vai desvelando algumas “verdades” características de quem opera com o discurso de base quantitativa, quais sejam: a) a redução do fenômeno a uma determinação biológica; b) a desconsideração da história coletiva; e, c) a culpabilização do indivíduo frente aos problemas de saúde e aptidão física. Por fim, propõe-se que a relação educação física-saúde seja abordada através de novos “olhares”, atentos às incertezas e complexidades do processo.*

*PALAVRAS-CHAVE: saúde pública; aptidão física e saúde; filosofia da ciência; complexidade.*

## INTRODUÇÃO

Ao se pretender discorrer sobre um objeto socialmente construído, não se pode deixar de lado o contexto político-econômico pelo qual este mesmo objeto está inserido. Tratar da saúde é, em última instância, compreender as tramas sociais que se desenrolam nos projetos e políticas públicas. Parece ingênuo aceitar o determinante biológico, como razão única, para conferir as análises sobre o processo saúde-doença. O adoecer humano não deve ser investigado ou tratado somente sob a forma de uma relação biológica de causa e efeito, tão simples, que desconsidere outros aspectos relevantes, tais como os contextos socioeconômicos e históricos.

E isto por quê? Porque, primeiro, as condições sociais têm uma grande influência sobre este adoecer. Segundo, porque a compreensão mais atual, dentro do campo da Saúde Pública, do que seja saúde, já vem incorporando estas influências socioeconômicas. E por fim, porque a própria concepção de “verdade científica” atravessa uma crise que, em última análise, passa a reivindicar diversas interpretações para tentar solucionar os problemas que se apresentam.

O objetivo deste ensaio é, então, discutir o papel da educação física voltada para saúde. Para tanto, será debatido, num primeiro momento, o cenário social em que se encontra o mundo contemporâneo, bem como suas repercussões sobre o corpo e práticas de intervenção que se realizam com ele. Posteriormente, examinar-se-á os conceitos de saúde e os estudos que identificam as relações entre saúde e condições socioeconômicas. Por último, será questionado o modelo de investigação científica hegemônico e a possibilidade de entrar em contato com novos modelos.

## CORPO DO MERCADO E MERCADO DO CORPO

O projeto da “modernidade” vem acompanhado do pensamento iluminista e da revolução industrial. Neste projeto, é possível identificar, no século XX, a materialização de um modo de regulamentação capitalista, cujo regime de acumulação assume a forma de normas, leis, hábitos etc., que garantem a unidade do processo. De modo resumido, pode-se destacar alguns pontos básicos deste processo, cuja configuração consiste em estabelecer uma complexa interação entre os comportamentos individualizados e o esquema de reprodução, de tal forma que mantenha o regime de acumulação funcionando ao menos por um dado período de tempo (Harvey, 1996).

Num primeiro momento, ao final do século XIX e início do século XX, Taylor, através de seus “Princípios da Administração Científica”, sugeriu uma nova

organização industrial, onde a produtividade era intensamente aumentada através da decomposição do processo de trabalho, a partir de rigorosos padrões de tempo e do estudos dos movimentos das tarefas.

Avançando mais um pouco, o capitalismo fez emergir, na década de 1910, o “fordismo”, de Henry Ford, que se concretizou pela produção e consumo de massa. Em sua fábrica de automóveis, Ford introduziu a linha de montagem, pela qual significou um grande avanço, do ponto de vista da produtividade, no controle e gerência do trabalho, bem como do acúmulo de capital. É interessante ressaltar que, considerando que o “fordismo” não produziu maiores inovações nas ferramentas e máquinas empregadas, a realidade do aumento da produtividade ocorreu pela violenta intensificação do ritmo de trabalho. Ao mesmo tempo, a produção em massa significou uma padronização dos produtos e do consumo.

A orientação deste novo processo de trabalho ultrapassou os muros da fábrica e criou novas necessidades, novos desejos. O inevitável aumento dos salários não foi sem neutralidade, significou modificar os padrões de consumo dos trabalhadores e atrelá-los aos outros setores produtivos. Sem dúvida, é o capitalismo exigindo que os capitalistas tornem-se atores do processo. Assim, o capitalista produz o produto e o consumo, através da produção do desejo<sup>1</sup>.

Os contrastes entre as práticas político-econômicas do período de expansão do pós-guerra e dos dias atuais sinalizam para uma passagem do “fordismo” para um regime que pode ser denominado de “acumulação flexível”. De fato, o antigo regime “fordista” sofreu um abalo com a crise do petróleo, com a incapacidade de lidar com o excedente não utilizável, além das condições de intensificação da competição do mercado. Este momento histórico, revelou uma série de transformações nos valores sociais e favoreceu algumas características, tais como: a maior vulnerabilidade dos grupos desprivilegiados; o aumento da subcontratação, do trabalho temporário e do desemprego; atendimento rápido à necessidade do mercado; maior atenção às modas fugazes, com a criação de artifícios de indução de desejos e novos produtos; descompromisso com o bem-estar social, grande competitividade entre os indivíduos, internacionalização da economia, entre outros (Harvey, 1996).

---

1. A “necessidade” está sempre associada a um objeto específico visando à satisfação, enquanto o “desejo” se relaciona com “fantasmas” e não com objetos reais. Assim, o indivíduo acredita que aquele desejo (aquele impulso) restabelecerá uma satisfação real, tal qual a necessidade (de alimentar-se, respirar, fazer amor etc.), porém, aquilo que se imputa como objeto desejante não trará a satisfação quando alcançado, pois ele é apenas idealizado como tal. O objeto, então, perderá relevância e o impulso desejante continuará, agora, refletido sobre outro objeto. Deste modo, o capitalismo marca seu modo de operar. Ao criar novos produtos, novas marcas, cria junto novos desejos, que por fim são intermináveis.

Diante disto, a tarefa imediata é esboçar uma compreensão de como o “corpo” foi ou é utilizado dentro deste cenário, ou seja, qual é o arranjo que se pode perceber de um “mercado do corpo”. O corpo não se manifesta apenas como veículo da aparência, mas, antes, como lugar de sedução, fascínio, criação de pactos estéticos que engendram o amor, o prazer, etc. Daí que a imagem corporal resulta tanto da experiência motora, quanto, e talvez sobretudo, da sensibilidade sexual motivada pelos desejos, prazeres e sonhos. Deste modo, não se pode imputar, totalmente, ao mercado as disciplinas e obediências cegas dos corpos. Além disto, a cultura de consumo, mesmo que discutível, poderia ser compreendida como uma possibilidade de oferecer um maior número de opções. Por outro lado, na complexa rede de sentidos que mobilizam o corpo a alguns determinados hábitos, não se pode descartar a força da sociedade de consumo que difunde fantasias mirabolantes. Portanto, não convém uma visão maniqueísta para lidar com o assunto.

A intervenção da educação física, como não poderia deixar de ser, ajusta-se aos cenários socioeconômicos. Neste sentido, Max Weber (1997) ao escrever sobre “a ética protestante e o espírito do capitalismo”, desvendou um processo de “racionalização”, em meados do século XIX, que tem em seu bojo uma rija frugalidade ao invés da anterior atitude de lazer. O autor aponta que a concepção puritana de vocação influenciou no estilo de vida capitalista e o comportamento ascético orientava todo o seu vigor contra a atitude de desfrutar espontaneamente a vida e tudo o que ela tem para oferecer. Por esta razão, segundo Weber (1997), os puritanos sustentavam que o esporte tinha que ser útil a uma finalidade racional, à eficiência do corpo, mas não como meio de expressão espontânea ou diversão.

Mas foi, sem dúvida, Michel Foucault (1994) que tornou bem conhecido como o corpo foi objeto de investimentos de modo tão imperioso e urgente, já a partir do século XVIII. Ao comentar sobre a disciplina corporal e a “anatomia política”, o autor comenta:

a disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por uma lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar (p. 127).

Ora, como mercadoria, como “objeto”, a força de trabalho<sup>2</sup> precisou ser aperfeiçoada, disciplinada, tornada apta à produção, ao aumento da produtividade.

---

2. Para Marx (1996, p.187), força de trabalho significa “o conjunto das faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie”. A força de trabalho é, então, encontrada sob a forma de mercadoria quando é oferecida ou vendida como tal por seu próprio possuidor.

Por esta razão, foi e ainda é interessante o desenvolvimento da aptidão física nas empresas, embora as ginásticas no trabalho, ditas “preparatórias”, “compensatórias”, de “pausa” etc., sempre estivessem acompanhadas do discurso da saúde. De fato, existe uma aceitação de que elas podem combater as lesões por esforços repetitivos, prevenir contra as doenças cardiovasculares, dificultar a instalação de um estado de fadiga ou estresse, entre outros.

Contudo, longe dos “muros das fábricas” nem sempre a educação física conseguia chegar. Neste sentido, é interessante ressaltar, o comentário da socióloga Daizy Stepansky (1999, p. 140):

A estratificação faz transbordar para os espaços de reprodução (a vida social propriamente dita) as diferentes posições do processo produtivo, o que se traduz em grandes diferenças nas condições de vida e nos acessos aos benefícios. Em aparente contradição com os princípios de igualdade das modernas democracias ocidentais, os segmentos que mais desgastam o corpo no processo de trabalho são os que têm menores condições efetivas de compensação.

Outro aspecto é que, se na era industrial o corpo era disciplinado como instrumento de produção, na sociedade pós-industrial percebe-se que o corpo do cidadão, consumidor, é atravessado por uma incessante produção de serviços e desejos. O corpo é hoje, ao mesmo tempo, “consumidor” e “objeto de consumo”. As estratégias de “venda”, como não poderiam deixar de ser, perpassam pela criação de novos produtos, de novas “necessidades” (Glassner, 1995). É deste modo, então, que dois pontos chamam a atenção: primeiro, o surgimento de técnicas de treinamento físico variadas para alcançar o mesmo objetivo, sem contudo, haver diferenças significativas nos resultados; e, segundo, que embora os discursos empregados utilizem a “saúde” como aspecto legitimador, a utilização destas técnicas têm uma preocupação maior com a estética corporal.

A ginástica aeróbia, a ginástica localizada, a musculação e o treino aeróbio na bicicleta ergométrica ou na esteira rolante contam, agora, com a companhia da “*aerodance*”, “*street dance*”, “*free aero classic*”, “*lambaeróbica*”, “*power yoga*”, “*aeroboxe*”, “*body pump*”, “*lift training*”, “*street funk*”, “*swing afro-baiano*”, “*step circuit*”, “*super fit*”, “*power step*”, “*spinning*”,... a lista é interminável. Como a sociedade contemporânea tem sido marcada por esta grande produção de serviços e produtos, cabe questionar se estas estratégias se desenvolvem para melhor qualidade da educação física ou são, apenas, estratégias de mercado?

O mercado do corpo é realmente grande e, parece, em plena expansão. Além da atividade física pode-se, ainda, observar a grande quantidade de cirurgias plásticas realizadas. Nos Estados Unidos, no mercado da perda de peso gasta-se em torno de US\$ 10 bilhões anualmente e as cirurgias plásticas duplicaram entre

1981 e 1987 e movimentam atualmente US\$ 5 bilhões ao ano (Glassner, 1995). Há, ainda, outros tipos de tratamentos, como da “enzima telomerase” para ajudar a rejuvenescer e/ou retardar o envelhecimento ou da “manipulação genética”, que poderia conferir ao ser humano a capacidade de determinar as características básicas do “ser” quando ainda está por gerar-se, tais como: a cor da pele, dos olhos, do cabelo; os traços; a inteligência etc. Recentemente a imprensa noticiou que estudos neste sentido poderiam levar os seres humanos a idades de 120, 150 anos.

A imortalidade e a perfeição têm sido grandes desafios para a humanidade. Nízia Villaça (1999), aponta para os reais interesses de ser “imortal” ou “perfeito”. Ser imortal parece só fazer sentido num mundo onde todos são mortais, é fugir da norma, não repetir o comum a todos os seres. Por outro lado, se todos fossem imortais, a imortalidade ficaria monótona, se lamentaria a aventura da vida, e o desconhecimento da morte talvez provocasse o desejo de conhecê-la.

O filósofo alemão Hans Jonas (1994), ao discorrer sobre a ética, a medicina e a técnica, anuncia que esta nova ordem (biogenética) de atividade humana exige uma ética correspondente. Segundo o autor, se certos avanços científicos proporcionam esperança de prolongar, ou mesmo, aumentar indefinidamente a expectativa de vida, a morte surgiria, não como fatalidade própria da natureza, mas como disfunção orgânica evitável, ou ao menos tratável ou adiável. Contudo, a questão para Jonas (1994) é: “até que ponto é isto desejável? Para o indivíduo e para a espécie?”.

Ao prosseguir o autor ainda reflete sobre quem poderia candidatar-se às benesses desta nova possibilidade. Pessoas com qualidades e méritos especiais? Aqueles que poderiam pagar? Toda humanidade? Decerto, este último configura-se como a única ação realmente justa, mas, em contrapartida, traria consigo um desagradável preço. Ter-se-ia, por exemplo, alimentos para todos, ou mesmo, emprego? A idade avançada poderia acarretar, então, uma proporcional redução do afluxo de novas vidas, pois a abolição da morte acabaria por levar a uma necessária abolição da procriação. A espécie humana teria reservado para si um mundo sem juventude.

#### ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA

Muito tem sido dito a respeito dos benefícios que a atividade física poderia provocar sobre a saúde. Um sem número de estudos mostram que é possível reduzir a incidência de doenças ou aumentar a expectativa de vida, em populações que praticam regularmente exercícios físicos (Paffenbarger et al., 1986 e Pate et al., 1995). Mas sob que prisma se dá a compreensão de saúde? O que é saúde para estes autores? Ao analisar o conteúdo destes textos é possível perceber que o

entendimento de saúde entre eles não difere muito. Isto não é surpreendente, uma vez que o que rege a “visão de mundo” destes pesquisadores é um “paradigma”, que, em última instância, é aquilo que os membros de uma comunidade científica partilham (Kuhn, 1997).

Um primeiro conceito de saúde, pode ser descrito como a ausência de doença. Embora rechaçado, este entendimento parece permanecer no imaginário não só das pessoas comuns (senso comum), mas também, dos profissionais, como se verá adiante. Um segundo conceito, da Organização Mundial da Saúde (OMS), 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, apesar de parecer uma evolução, ainda não ajuda muito, já que se esbarra com uma dificuldade de se definir o que é “completo bem-estar”.

É deste modo, então, que os autores citados anteriormente mostram-se ligados a uma visão ainda estreita de saúde. O que se percebe, então, é que ao se tratar de saúde os autores o fazem considerando dois pontos essenciais: a) a ausência de doenças e, b) o viés biológico na determinação destas doenças. Esta compreensão leva a alguns desdobramentos. Primeiro, que o indivíduo que está doente não pode ser sadio. Segundo, que a doença pode ser evitada de modo determinista-biológico (basta acabar com a causa). Um terceiro refere-se ao fato de que a doença pode ser evitada, principalmente, pelo próprio indivíduo (processo de “culpabilização”). Um quarto, mas não menos importante, é a falta de atenção ao contexto socioeconômico.

Um certo rompimento com estes enfoques pode ser observado considerando a saúde, de imediato, como um direito à cidadania. Minayo (1992, p.10) apresenta um conceito dentro desta perspectiva: “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”.

Dentro de um ponto de vista semelhante, seguindo os ensinamentos de Canguilhem (1995), a “saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (p.159). Como o meio social comporta acontecimentos e instituições precárias, esta infidelidade é exatamente sua história, seu devir. Assim, a 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).

Contudo, conceituar “saúde” não é tarefa fácil. Os conceitos aparecem frouxos, não tão bem delimitados. Hans-Georg Gadamer (1997), por exemplo, longe de tentar defini-la, tenta compreendê-la. E a compreende como um mistério. Este filósofo comenta que a doença está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é uma perturbação experimentada pelo indivíduo, uma exceção que o afasta das suas relações vitais em que ele estava habitualmente vivendo. Esta experiência, da doença, relaciona-se ao estado anterior da saúde, que estando “esquecida” ou não chamando a atenção impõe o estabelecimento de valores padronizados. Ora, a doença, então, não pode existir sem a saúde. Porém, o mais interessante é que o autor lembra que a saúde não é algo realizado pelo médico, mas, antes, a condição natural do ser.

Embora, a conceituação de Saúde Pública esteja longe de entrar em consenso na literatura, observa-se alguns pontos de interseção: a) a agregação do nível populacional; b) a importância da interdisciplinaridade nas tomadas de decisões e nos estudos sobre a saúde; e, c) o “modo de olhar”, que reside no fato de que este se expressa enquanto atividade social e governamental relevante, ou seja, onde há em curso, ou deveria haver, uma política pública de intervenção.

Sem dúvida, apreciar o campo da Saúde Pública deveria requerer um pensamento além do biológico. Os problemas de saúde existentes, atualmente, em todo mundo estão relacionados às desigualdades sociais, aos problemas fundamentais da distribuição da riqueza. Um trabalho clássico que aponta neste sentido é o de Luc Boltanski (1989). A pobreza, a saúde e a educação, assim, se inter-relacionam numa rede de interações, onde os baixos salários, a má educação, a dieta pobre, a habitação e as condições de higiene insalubres e o vestuário inadequado se influenciam mutuamente (Navarro, 1998; Rosen, 1994 e Prata, 1994). A observação dos dados do Relatório do Desenvolvimento Humano pode indicar como as desigualdades socioeconômicas se unem às condições de saúde e educação. A tabela I apresenta alguns destes dados.

Vários estudos epidemiológicos têm apontado para os resultados desiguais da saúde. Dentro desta perspectiva pode-se encontrar, também, o trabalho de Rosengren, Orth-Gomer e Wilhelmsen (1998) que mostra, a partir dos dados de saúde dos trabalhadores suecos, que a mortalidade se dá três vezes maior nos trabalhadores não-qualificados do que nos gerentes e altos funcionários. Verificaram, também, que as baixas classes ocupacionais associaram-se com a alta prevalência do fumo, baixa integração social, baixo suporte emocional, bem como, uma baixa capacidade de percepção da própria saúde. Todavia, não foi encontrada associação das classes mais baixas com a pressão arterial, razão cintura-quadril, triglicérides e colesterol.

TABELA I – A IMPORTÂNCIA DOS FATORES ECONÔMICOS E SOCIAIS NA SAÚDE E EDUCAÇÃO DA POPULAÇÃO

	Países industrializados	Países em desenvolvimento*	Brasil
Número de países	50	125	–
População estimada (milhões)	1.233,1	4.394,0	159,0
PIB per capita (dólares): 20% + pobres / 20% + ricos	4.811/32.273	768 / 6.195	578/18.563
Taxa de analfabetismo em adultos (%)	1,4	29,6	16,7
Expectativa de vida ao nascer (em anos)	74,2	62,2	66,6
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 natos-vivos)	13	65	44
Oferta diária de calorias per capita	3.157	2.572	2.824
Médicos (por 100.000 habitantes)	287	76	134
Despesa pública na saúde (em % do PIB)	9,4	2,0	2,8

Fonte de dados: Relatório do Desenvolvimento Humano 1998 (PNUD, 1998)

\* incluindo o Brasil

Em outro estudo, Winkleby, Jatulis, Frank e Fortmann (1992), ao utilizarem o “nível educacional”, o “salário” e a “ocupação profissional” como determinantes do estado socioeconômico para examinar sua associação com alguns fatores de risco cardíaco (fumo, pressão arterial, colesterol total e HDL-colesterol), encontraram que, em geral, os indivíduos de baixo “nível educacional” tendem a exibir elevada prevalência aos fatores de risco, sendo mais evidentes quando se observa as associações com o uso do cigarro, em ambos os sexos e com o colesterol total e HDL-colesterol, nas mulheres. No caso das “ocupações”, homens e mulheres em cargos importantes de gerência e administração exibiram menores níveis de uso de cigarros, enquanto executivos do sexo masculino apresentam menores valores de pressão arterial.

Processo semelhante se dá com a prática de atividade física. Assim, Bennett (1995) encontrou uma forte associação entre o baixo nível educacional e o sedentarismo. Mensink, Loose e Oomen (1997) também observaram a associação do baixo estado socioeconômico e do tipo de ocupação profissional com o sedentarismo. Boltanski (1989) também fez um extenso estudo sobre o uso do corpo e a prática desportiva e percebeu que esta diminui nas classes menos favorecidas.

Como se pode falar de Saúde Pública na educação física, então, se: a) não há uma política pública instituída, b) somente alguns poucos podem ser beneficiados, c) a intervenção localiza-se na realização de uma única ação (praticar atividade física), esquecendo-se de diversos outros fatores (sociais, econômicos, culturais, educacionais etc.)?

Por fim, cabe ainda considerar qual a relação da educação física voltada à saúde com a “autonomia” do sujeito. É comum, encontrar, como diretriz desta

vertente da educação física, um discurso que considera que a atividade física regular poderia contribuir para o projeto de autonomia do indivíduo, pois ele estaria mais apto para realizar suas tarefas do dia-a-dia. É interessante perceber como escapa aos professores e pesquisadores o que significa “autonomia”. Esta “autonomia”, por vezes, ocorre ao custo de uma dependência ao saber profissional, da motivação provocada pelo professor e da perda da liberdade de escolha. Talvez, a partir daí, se possa encontrar algumas pistas para a falta de adesão e permanência à prática de exercícios na maioria das pessoas.

Quando Gadamer (1997) comenta sobre a arte da medicina, diz que esta atinge a perfeição quando “se dobra sobre si mesma e deixa o outro em liberdade” e que a dificuldade em submeter-se à autoridade do médico pode evidenciar um certo grau de inteligência. Ora, o que o autor aponta, aqui, é a necessidade de se evitar que o paciente dependa do médico. A aceitação da autoridade, para o autônomo, deveria ser sempre condicional, na medida em que coopera enquanto conserva seu direito particular de julgamento. Não se deve negar ou mascarar as emoções, mas reconhecer e fazer respeitar seus próprios sentimentos, potencialidades e limitações. Parece, contudo, que os valores (no caso da educação física, normalmente biológicos) têm sido mais importantes do que os direitos dos indivíduos.

Exercitar-se para autonomia deveria passar pelo entendimento de liberá-lo da autoridade do professor. Seria orientar o aluno para que dispusesse de conhecimento e possibilidades para realizar seu exercício preferido dentro de parâmetros fisiológicos adequados<sup>3</sup>.

Tornar-se apto ou “autônomo”, é tornar-se apto ou com autonomia para quê? Ou para quem? Para que o trabalhador possa realizar mais trabalho sem queda de produtividade, sem doenças, sem absenteísmo ou para o idoso não se tornar um fardo. Para Maturana e Varela (1997), o conceito de “aptidão” teve um impacto cultural a partir do desenvolvimento da idéia darwiniana de evolução. Numa sociedade competitiva, marcada pela discriminação social, subordinação político-econômica e exploração do homem, a pseudo-explicação científica pôde transcender ao sociológico para justificar o destino dos indivíduos e enraizar-se no imaginário social. De fato, a noção do “apto” perpassa pela exclusão do “não-apto”.

---

3. Não à toa, o comportamento de preparação física é denominado “condicionamento físico”. A expressão incorpora o mesmo sentido empregado na psicologia experimental, tornada notória após experimentos com animais, e parece se configurar como uma possibilidade de cerceamento à criatividade e autonomia.

Não se trata, pois, de se curvar à autoridade idealizada daqueles que se vangloriam da “última palavra” científica, mas tampouco conceber-se completo, onipotente, auto-suficiente ou independente. A relação médico-paciente, neste caso, apresenta-se interessante. O paciente, decerto, tem um conhecimento sobre sua doença, mas busca auxílio a um outro saber, um especialista-médico que, como um consultor, trabalha pela cura do sujeito. A relação pára após a cura, embora, não necessariamente termine aí, uma vez que o paciente voltará para outras consultas. A educação física não se espelha neste movimento. Talvez, porque realmente não esteja preocupada com a autonomia do sujeito ou criação de hábitos.

#### TUDO É DITO POR UM OBSERVADOR

Thomas Kuhn (1997) levantou a noção de “paradigma” para apontar tudo aquilo que os membros de uma “comunidade científica” partilham. Para este autor, os praticantes de uma especialidade científica foram submetidos a uma iniciação profissional e educação similares e, por isso, constituem uma “comunidade científica”. Enquanto a disciplina encontrar-se em total desacordo e em grande debate sobre a interpretação dos problemas, diz-se que está num momento correspondente à “pré-ciência”; em contrapartida, quando ocorre o reconhecimento de uma única via para o genuíno conhecimento compreende-se a “ciência normal” e é aí que a “comunidade científica”, em função do paradigma partilhado, resolve os problemas científicos.

A compreensão de certos conceitos ou a intervenção em determinadas direções, de um modo mais geral, não difere muito entre os profissionais. Isto não é surpreendente, uma vez que o que rege a “visão de mundo” destes profissionais é um “paradigma”, que, em último caso, é aquilo que os membros de uma comunidade científica partilham (Kuhn, 1997).

Por esta razão, o envio de trabalhos para exames em revistas ou congressos científicos está suscetível à rejeição, pelo simples fato de não pertencerem ao paradigma hegemônico. Ao analisar os anais de um importante congresso sobre atividade física e saúde realizado no Brasil, em 1998, percebe-se como a saúde está amplamente marcada pelo viés biológico (Tabela 2).

Talvez, se possa argumentar e justificar muito bem esta característica e concordar que a saúde tenha grande associação com o “biológico”. O que não se aceita é o total (ou quase) desprezo pelos outros saberes. As conferências, cursos e mesas preparados *a priori* pela organização deixam isto claro.

TABELA 2 – QUANTIDADE DOS VÁRIOS TIPOS DE COMUNICAÇÕES APRESENTADAS EM CONGRESSO REALIZADO NO BRASIL EM 1998, SOB A TEMÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Tipo de comunicação	Viés biológico	Viés socioeconômico	Viés psicológico	Outros
Conferências	100 % (n=6)	0 %	0 %	0 %
Cursos	95 % (n=19)	0 %	5 % (n=1)	0 %
Mesas redondas	83,3 % (n=10)	16,7 % (n=2)	0 %	0 %
Temas livres	91,26 % (n=188)	2,91 % (n=6)	1,94 % (n=4)	3,88 % (n=8)

Fonte: Anais do XXI Simpósio Internacional de Ciências do Esporte

O médico e biólogo Humberto Maturana (1998) alerta que o fenômeno de competição é do âmbito cultural humano e implica a negação do outro. Ora, mas todo argumento, sem erro lógico, é estritamente racional para aqueles que aceitam os pressupostos fundamentais em que este se baseia. Todavia, em toda competição, a vitória se constitui no fracasso do outro. Por outro lado, fato é, que viés nenhum está intrinsecamente equivocado por operar num domínio de realidade distinto daquele que é hegemônico. O autor, então, aponta para duas atitudes frente à capacidade de observar e conhecer: a) a “objetividade-sem-parênteses”, cujo caminho explicativo direciona o observador a não se perguntar pela origem de suas habilidades cognitivas e aceitá-las como suas propriedades constitutivas. O que é válido, é porque é objetivo, pode ser medido, é a “realidade”. Para este caminho explicativo, o que não está com o indivíduo, está contra ele e, fatalmente, contra a “realidade”, os dados, as medições; e, b) a “objetividade-entre-parênteses”, a qual compreende que não se pode pretender realizar uma referência a uma realidade independente de si próprio. Deste modo, o observador se faz ciente disto na intenção de entender que esta referência à realidade depende do observador para validar seu explicar. Em outras palavras, tudo é dito por um observador.

“No caminho explicativo da ‘objetividade-entre-parênteses’ não há verdade absoluta nem verdade relativa, mas muitas verdades diferentes em muitos domínios distintos” (Maturana, 1998, p. 48). Para o autor, então, há muitos domínios explicativos, igualmente legítimos, onde cada um deles constitui-se como explicação da experiência e, portanto, há de ser considerado um domínio da realidade. Se um pesquisador diz que quer explicar um fenômeno, o que ele quer explicar é a experiência de observar este fenômeno. A negação do outro neste “caminho” é uma negação responsável. Ela se dá dentro de “divergências lógicas”, que surgem quando um dos atores comete um erro na aplicação das coerências operacionais que definem seu domínio racional, mas não dentro de “divergências ideológicas”, as quais aparecem quando os domínios racionais são distintos e não há comunicação, não há diálogo entre os atores (Maturana, 1998).

Uma das tarefas fundamentais da ciência atual é, então, reformular seus “olhares” frente a estes novos problemas, reconhecendo a incerteza e a complexidade que deverão guiar o conhecimento científico. O filósofo francês Edgar Morin (1983), ao tratar do problema epistemológico da complexidade, comenta o quão incerto e frágil é a “aventura” de tentar compreender os fenômenos nos moldes clássicos. E avança tentando mostrar que o problema não está, necessariamente, em que cada um perca sua própria competência especializada, mas, antes, em que não desenvolva, suficientemente, a articulação com outras competências que, ligadas em cadeia, engendram o “anel epistêmico” do novo conhecimento. A complexidade é para Morin, neste sentido, interpretada *grosso modo* de duas formas. Primeiro, como um tecido de constituintes heterogêneos associados e, segundo, como o tecido de acontecimentos, ações, interações, determinações e acasos que constituem o mundo fenomenal em relação com os traços inquietantes da confusão, da contradição, da desordem, da ambigüidade, da incerteza etc.

O que se está anunciando é que a ciência determinista já não pode ter tanta certeza de suas descobertas<sup>4</sup>, e por isso necessita, cada vez mais, da aproximação de outras ciências e/ou formas de conhecimento (filosofia, psicanálise, conhecimento popular etc.). A “complexidade”, muito resumidamente, não se trata de um método novo, mas sim do reconhecimento das dificuldades e incertezas que estão por trás de qualquer método de investigação científica (Morin, 1983).

É dentro deste contexto, então, que se deve repensar o processo saúde-doença e o papel da intervenção pela educação física. Não se pode mais acreditar num modelo determinista biológico, nem tampouco, como lembra Navarro (1998), com outro modelo determinista, do tipo “se as condições socioeconômicas são baixas, a prevalência de doenças será alta”. Além de alguns achados vistos anteriormente apontarem em outra direção, é preciso perceber que a realidade não é linear, mas antes dialética. Isto representa que o foco de atenção deve ser desviado do indivíduo para o coletivo. Não são os fatores de risco individuais que são as potentes causas de doenças, mas o impacto de inúmeras variáveis, tais como salários, educação, moradia, ocupação etc., que, combinadas entre si, com os fatores de risco biológicos e com as condições que geram estes mesmos fatores de risco, podem engendrar o processo de adoecimento (Navarro, 1998).

Considerar, então, um foco individual pode ser insuficiente, já que a sociedade é mais que um agregado de indivíduos. É preciso reconhecer que a com-

---

4. Aqui cabe recorrer, por exemplo, ao princípio da indeterminação postulado por Heisenberg, que se refere, basicamente, aos problemas de determinação da velocidade da luz.

preensão da sociedade representa um grande instrumento para entender o processo saúde – doença, pois ao analisar como se dão as relações de exploração, dominação e reprodução, talvez seja possível compreender melhor a saúde dos indivíduos. Por fim, ao considerar que a prática da atividade física gera saúde a seus participantes, desconsidera-se que não se sabe ao certo se isto realmente ocorre ou se é a prática de atividade física que é procurada por indivíduos já saudáveis. Neste sentido, esbarra-se, novamente, com um problema complexo.

#### À GUIA DE CONCLUSÃO

Este ensaio teve como propósito discutir alguns pontos relevantes do papel da educação física relacionada à saúde. Levantá-los não é tarefa fácil, até porque parecem ser muitos. Por isso, longe de encerrar qualquer questão e consciente do possível “esquecimento”, destacam-se alguns pontos que merecem maiores cuidados e reflexões.

Num primeiro momento, procurou-se discutir como nossas ações estão dependentes de do contexto histórico-social. A modulação dos corpos, a exaltação à estética, a ética do rendimento, entre outros são criações de necessidades que se coadunam com o movimento social vigente. Foucault (1994) reconheceu nas sociedades disciplinares o exercício do poder disciplinar sobre os corpos e sua técnica de confinamento (hospitais, prisões, escola, fábricas etc.). Este próprio autor, no entanto, comentou que esta sociedade estava sendo deixada para trás, emergindo, por outro lado, as sociedades de controle, onde não funcionam mais o confinamento, a disciplina, mas o controle contínuo e a comunicação instantânea. O que está sendo implantado são novos tipos de sanções, de educação, de tratamento. O filósofo Gilles Deleuze (1996) lembra que nas sociedades de disciplina não se parava de recomeçar, enquanto nas sociedades de controle nunca se termina nada. E aí o “marketing” é o principal instrumento de controle social. As estratégias sobre o corpo necessitam de constantes mudanças, o “produto” precisa ser alterado, mais do que a fisiologia possa recomendar.

Um segundo aspecto abordado refere-se às condições socioeconômicas e suas relações com a saúde. Hoje já se sabe que grupos sociais com baixos níveis socioeconômicos ficam mais vulneráveis às doenças, e, é importante ressaltar, não somente àquelas consideradas infecto-contagiosas, mas, também, nas chamadas doenças crônicas. A atividade física, também, sofre influências deste aspecto. Como, então, a educação física pode se preocupar com políticas públicas de saúde desconsiderando tal questão? Outro problema pode ser observado na pregação da atividade física como fonte de “saúde”. Ora, o entendimento do que é saúde tem

sido por demais reduzido entre os profissionais de educação física. Um modelo norte-americano vem sendo importado, através da literatura, como referência da questão. Porém esquecem, ou não querem reconhecer, que, enquanto o Canadá aparece como o primeiro país em desenvolvimento humano e os Estados Unidos em quarto, o Brasil apresenta-se no sexagésimo segundo (PNUD, 1998). Compreender o processo saúde-doença requer, então, maior complexidade nas análises.

O terceiro ponto faz referência às questões epistemológicas. Os estudos da complexidade, teoria do caos ou ciência pós-normal, ou mesmo, do princípio da indeterminação de Heisenberg poderiam e deveriam ser considerados quando se examina as questões anteriores. Isto porque, caso a ciência permaneça ignorando o diálogo com outras ciências (interdisciplinaridade) e/ou com outros saberes (a experiência vivida do próprio indivíduo, por exemplo) corre o risco de isolar-se em seu próprio "casulo" e não "enxergar" o mundo um pouco mais real. Além disto, deve-se reconhecer que o próprio objeto de conhecimento científico não é apreendido diretamente da observação, mas do contrário, pela construção teórica realizada pelo observador, que foi proposta de forma especulativa e testada indireta e experimentalmente a partir das conseqüências produzidas desta construção.

Por fim, se a educação física, a partir de cada professor, quiser dar sentido a sua existência e relacionar-se à saúde, deve começar por estar vigilante às "promessas de felicidade", às quais poucos podem resistir e ao processo de exclusão, que amiúde ela corrobora.

Physical Education, body and health:  
a thought about other points of view

*ABSTRACT: The aim of the present study is to think about the role of health oriented physical education based on some reflections about the social scenario of contemporaneous world. The idea is to discuss its repercussions on the body and its means of interventions; health concepts and the hegemonic model of scientific investigation. The study, then, unveils some truths from those who operate with a quantitative based speech, such as: a) the reduction of the phenomena to its biological determinants; b) a collective history disregard; and, c) the blaming of the individual because of his physical problems. Finally, the study proposes that the relationship health-physical education be studied through new points of view, taking into account the uncertainties and complexities of the process.*

*KEY-WORDS: Public health; physical fitness and health; science philosophy; complexity*

(continua)

(continuação)

### Educación Física, cuerpo y salud: una reflexion sobre otros “modos de ver”

*RESUMEN: El objetivo de este ensayo es discutir el papel de la educación física direccionada para la salud, partiendo de reflexiones sobre el escenario social en que se encuentra el mundo contemporáneo, sus repercusiones sobre el cuerpo y prácticas de intervención; los conceptos de salud; y, el modelo hegemónico de investigación científica. El estudio, entonces, va descubriendo algunas “verdades” características de quien opera con el discurso de base cuantitativa, tales como: a) la reducción del fenómeno a una determinación biológica; b) la desconsideración de la historia colectiva; y, c) la culpabilización del individuo frente a los problemas de salud y aptitud física. Finalmente, se propone que la relación educación física-salud sea abordada con nuevos “ojos”, atentos a las dudas y complicaciones del proceso.*

*PALABRAS CLAVE: salud pública; aptitud física y salud; filosofía de la ciencia; complejidad*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNETT, S. Cardiovascular risk factors in Australia: trends in socioeconomic inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 49, p. 363-372, 1995.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GADAMER, H-G. *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- GLASSNER, B. In the name of health. In: BUNTON, R.; NETTLETON, S.; BURROWS, R. (Orgs.). *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption lifestyle and risk*. New York: Routledge, 1995, p. 159-175.
- HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1996.
- JONAS, H. *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Passagens, 1994.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- LEWIS, A. Saúde. In: SILVA, B. (Org.). *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986, p. 1099-1101.

- MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- MATURANA, H.; VARELA, F. *De máquinas e seres vivos: autopoiese – a organização do vivo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1998.
- MENSINK, G. B. M.; LOOSE, N.; OOMEN, C. M. Physical activity and its association with other lifestyle factors. *European Journal of Epidemiology*, v. 13, p. 771-778, 1997.
- MINAYO, M. C. S. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.
- MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Europa-América, 1983.
- NAVARRO, V. A historical review (1965-1997) of studies on class, health, and quality of life: a personal account. *International Journal of Health Services*, v. 28, n. 3, p. 389-406, 1998.
- PAFFENBARGER, R. et al. Physical Activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, v. 314, p. 605-613, 1986.
- PATE, R.; PRATT, M.; BLAIR, S. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, v. 273, n. 5, p. 402-407, 1995.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório do Desenvolvimento Humano – 1998*. Lisboa: Trinova, 1998.
- PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 3, p. 387-391, 1994.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Ed. da Unesp, 1994.
- ROSENGREN, A.; ORTH-GOMER, K.; WILHELMSEN, L. Socioeconomic differences in health indices, social networks and mortality among Swedish men: a study of men born in 1933. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, v. 26, n. 4, p. 272-280, 1998.
- STEPANSKY, D. Velhice, imaginário e velhice. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F.; KOSOVSKI, E. (Orgs.). *Que corpo é esse?: novas perspectivas*. Rio de Janeiro: Mauad, 1999, p. 132-145.
- VILLAÇA, N. *Em pauta: corpo, globalização e novas tecnologias*. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1997.
- WINKLEBY, M. A. et al. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, v. 82, n. 6, p. 816-820, 1992.