

SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA: CORPO, SIGNIFICAÇÃO E GOVERNABILIDADE¹

INTRODUÇÃO

Histórica e tradicionalmente, abordar o tema “saúde” para o campo da Educação Física (EF) sempre foi algo naturalizado, como algo que “espontaneamente” ocorre, seja nos nossos saberes (hegemonicamente articulados às ciências biológicas), seja em relação aos fazeres relacionados às intervenções (via práticas corporais) cuja responsabilidade recai sobre professores e profissionais deste campo do conhecimento. Entretanto, percebe-se que há certos dilemas nesses entendimentos em relação à saúde, o que pressupõe o exercício de refletir sobre essa imbricada relação saúde-EF, em especial no campo escolar, para que se possa ampliar as compreensões sobre isso, integrando, naquilo que lhe for possível, a EF com as abordagens e práticas defendidas pela Saúde Coletiva (SC).

Segundo Luz (2007, p.20):

[a] Saúde Coletiva é compreendida como um campo de saberes e de práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção.

Justificamos isso na medida em que o tema *saúde* na EF, como nos aponta Bracht (2013), é fundado numa visão de saúde como ausência de doença, portanto de normalidade do funcionamento biológico do organismo: a famosa equação “atividade física ou aptidão física igual à saúde”. Uma das principais implicações dessa visão reducionista que associa saúde e EF se refere ao *discurso da monocausalidade*, ou seja, que a atividade física gera, automaticamente, saúde.

Imbricado a isso, foi-se disseminado um *sem fim* de práticas corporais baseados em modelos de atividades com desempenho físico, visando a tão falada *qualidade de vida*. “Todo um vocabulário médico-fisicalista baseado em constantes biológicas, taxas de colesterol, tono muscular, capacidade aeróbica populariza-se e adquire uma conotação ‘quase moral’, fornecendo os critérios de avaliação individual” (BRACHT, 2013, p.184).

A subjetivação/objetivação da qualidade de vida sustentada pelos discursos e práticas da saúde criam uma moralidade ascética da qual o indivíduo se apropria para seu autogoverno. A ascese é aqui compreendida como um conjunto ordenado de exercícios

¹ Compreendemos a governabilidade como objeto de estudo dos mecanismos políticos que visam a subjetivação e a objetivação da educação dos corpos. A educação é encarada como um dos mecanismos políticos das culturas no sentido destas conhecerem o corpo em suas possibilidades materiais e simbólicas de exercer e de suportar atos governantes orientados à produção de comportamentos corporais em suas sociedades mediadas por leis, regras, valores, conceitos e saberes localizáveis histórica e geograficamente – tempo e espaço. Não confundir a ideia de governabilidade apresentada no texto com o conceito de governamentalidade de Michel Foucault.

disponíveis, recomendado e utilizado pelos indivíduos dentro de um sistema simbólico que tem como fim atingir um objetivo específico. Por assumir uma condição simbólica, a ascese possui uma dimensão política e moral.

O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade. Sendo assim, como nos apresenta Marzano-Parisoli (2001) *apud* Gomes (2013), ser magro, ou estar na linha, tornou-se não apenas uma imagem sedutora e atrativa, mas também um símbolo de autocontrole, integridade moral e estatuto social elevado.

Neste sentido, este ensaio tem o objetivo de fomentar o princípio de que o tema saúde no âmbito da EF precisa estar amparado no princípio de uma discussão que gire em torno da multiplicidade de discursos e conceitos que sustentam a mesma e não somente ancorado numa prática médico-biológica. O objetivo deste ensaio também é o de estabelecer uma crítica ao modelo de corpo e práticas corporais ligadas a matrizes epistemológicas centradas na concepção biologicista que fomenta um autogoverno de si – ascese – pautado em eventos em que o corpo fica preso a uma moral de saúde reduzida a parâmetros bio/fisiológicos.

Sendo assim, apresentamos o presente texto a partir de dois momentos: na primeira parte discorremos sobre a relação “Saúde x EF”, apresentando alguns conceitos e situando o tema saúde como conteúdo histórico desse campo de estudo. Na segunda e última parte do ensaio criticamos o modelo das práticas corporais fundamentalmente ligadas a uma visão biologicista de corpo, ao mesmo tempo em que estabelecemos um arrolamento dessas práticas ao âmbito da disciplina ascética e do autogoverno que estabelece uma relação de moralidade com o discurso e as práticas de saúde.

A SAÚDE E A EF... A EF E A SAÚDE

Atualmente a EF está inserida, no contexto científico brasileiro, na grande área da “Saúde”, conforme Resolução nº 287, do Conselho Nacional de Saúde, que considera as seguintes profissões: “biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional” (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p.18).

No caso de suas intervenções, podemos pensar que elas ocorrem tanto no universo escolar como também nos serviços públicos de saúde, seja com o propósito de educação em saúde, terapêutica, prevenção ou, de maneira mais ampla, promovendo a saúde humana (LUZ, 2007; ROCHA & CENTURIÃO, 2007).

Ainda em relação à sua contextualização, podemos situar um importante e necessário texto de Lovisolo (1997), chamado “A paisagem das tribos da EF”, em que, numa linguagem metafórica, o autor apresenta as configurações de como ocorre a formação e as intervenções relativas à EF no Brasil, a partir de duas “tribos” principais: a tribo da saúde, que ele chama de “tribo da conservação”, e a “tribo da potência”, nome dado em relação àqueles que se dedicam ao esporte.

Além dessas duas, há a tribo da “modelagem corporal” que, segundo aquele autor, está se constituindo de maneira cada vez mais forte, aproveitando os discursos da “tribo da conservação” e tendo como imagem, ou como modelo, os atletas (da “tribo da potência”), o que gera uma ambiguidade nos discursos que ligam saúde à estética. Por último, a “tribo da educação”, aqueles que, na linguagem metafórica, situam-se no *meio do rio*, entre essas duas margens, navegando seu barquinho à vela e vulneráveis às tempestades e correntes – ora indo em direção à margem da saúde, ora à margem do esporte – e que, no fundo, defendem uma variedade de saberes e práticas, mas que por causa disso, falta uma “definição”, aquilo que discutimos costumeiramente como a *especificidade* da EF escolar.

Poderíamos pensar que, passados mais de quinze anos da divulgação deste texto, o autor talvez tenha acertado seu prognóstico: a separação na formação e nas intervenções, formando profissionais completamente diferentes dentro daquilo que constituía-se como uma “área única”, porém diversa. Hoje vemos professores de EF atuando no ambiente escolar e bacharéis (*personal trainers*, técnicos etc.) atuando de maneira autônoma, em academias, clubes e instituições privadas.

Historicamente a EF foi vista como a educação do corpo, por meio da *ginástica*, o que levava ao entendimento de que “fazer EF” era simplesmente se exercitar por meio da ginástica, para constituir um corpo são e forte.

Em relação a uma abordagem mais ampla no seu contexto histórico no âmbito da EF escolar, em particular no que diz respeito aos seus fins, Bracht (2013, p. 179) menciona que:

Quando se pensava a relação Escola-Saúde, era (ou é) incontornável pensar na Educação Física em função da influência do pensamento médico que patrocina o entendimento da relação entre atividade física e prevenção dos grandes riscos à saúde que representam o sedentarismo, as doenças crônico-degenerativas e a obesidade. Outro detalhe importante, é que a Educação Física escolar é entendida nessa perspectiva como uma atividade diretamente fomentadora de saúde (uma espécie de prática paramédica de prevenção de doenças), daí que a preocupação tem sido mais com o exercitar do que com o educar propriamente – é quase que apenas um problema de fisiologia e não de pedagogia.

Segundo Soares (2007), a EF era (e ainda é, poderíamos dizer) entendida como “cuidado com o corpo”, a fim de resolver os problemas da sociedade industrial. Para esta mesma autora:

A Educação Física construída por uma sociedade naturalizada e biologizada será então tomada como a ‘educação do físico’, e associada diretamente à saúde do ‘corpo biológico’ (leia-se social). Os médicos higienistas, imbuídos da certeza de que detinham uma maior competência para redefinir os ‘hábitos’ da família moderna, não poderiam deixar de influenciar de maneira decisiva o referencial de conhecimentos necessários para o desenvolvimento da Educação Física, um mecanismo a mais utilizado na construção do homem novo, este sujeito do capital (SOARES, 2007, p.32).

Atualmente, quando se tem esse tipo de entendimento, supõe-se que a atividade física é vista como um elemento capaz de propiciar saúde ao praticante. Tal consideração sempre deve ser refletida a partir de um olhar mais crítico, pois, seguindo com as argumentações de Soares (2007), devemos entender que:

Entretanto, o exercício físico não é saudável em si, não gera saúde em si, é apenas e tão somente 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, um *a priori*. Ao contrário, saúde é resultado, porque, mais que o vigor físico corporal, compreende o espaço de vida dos indivíduos, daí não ser possível medi-la, nem avaliá-la apenas pela aparência de robustez ou de fadiga. (SOARES, 2007, p.50)

Em relação aos “conceitos de saúde”, podemos situar três principais conceitos que geralmente costumamos pensar ao tratá-la: um conceito restrito (entendido como ausência de doenças); um conceito que consideramos, em certa medida, utópico (geralmente relacionado ao conceito da OMS – Organização Mundial da Saúde, que fala em um completo bem-estar físico, mental e social); e um conceito amplo (interligado a um conceito da SC, que, dentre tantas outras características, aponta para os determinantes sociais da saúde²).

Para abordar esta sintética revisão conceitual, apoiamo-nos em Palma (2001), a fim de entendermos tais apreciações. Para ele,

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 [...] Um segundo conceito, da OMS, é: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. 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 [...] 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

² Sobre os *determinantes sociais da saúde*, ver Zioni e Westphal (2007).

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” (PALMA, 2001, p.29).

Geralmente, a EF, simplificada e reduzida como “atividade física”, é colocada como um instrumento mágico ou como uma vacina em relação às questões de saúde (ou de doença?). Ampliando e opondo-se a tal entendimento, Devide (2002, p.82) afirma que “A prática de exercícios físicos, portanto, não pode ser encarada como a solução para todos os problemas de saúde ou para a garantia de uma melhor qualidade de vida das pessoas”.

Monteiro e Gonçalves (1997), ao abordarem as questões da SC/atividade física e o padrão epidemiológico de transição, trazem um argumento interessante para aquilo que estamos tratando aqui:

Os exercícios podem ser agradáveis, podem melhorar sua aparência e fazer você se sentir melhor: tudo o mais, no entanto, não passa de um mito. Eles não tornam as pessoas mais saudáveis e não aumentam sua longevidade. Na realidade, se ficarmos atentos, podem até nos matar [...] porque boa forma e saúde não são necessariamente a mesma coisa. (SOLOMON, 1991, *apud* MONTEIRO; GONÇALVES, 1997, p.160).

Trata-se daquilo que Carvalho (2009) nomeia de o “mito da atividade física e saúde”, isto é, o quão verdadeiro e inquestionável tornou-se a simples prática de atividade física (ou de exercícios físicos) enquanto promotores (naturalmente) de saúde. Para esta mesma autora, a atividade física é vista na contemporaneidade como algo que canaliza a atenção para a modelagem corporal e tornar os corpos saudáveis e belos, ao mesmo tempo que esconde determinantes de saúde da sociedade brasileira.

Com relação à EF, parece-nos que ultimamente “estão dizendo” à ela que ela deve voltar a olhar para a questão do higienismo, com essa forte tendência (e a avalanche de pesquisas principalmente internacionais, mas que vêm sendo realizadas em grande número também no Brasil) da obesidade e do sedentarismo das crianças e jovens em virtude dos “modernos” hábitos de vida.

De nossa parte, acreditamos ser necessário trabalhar a saúde como tema da EF escolar na direção da “des-medicalização” da mesma, ampliando seu conceito. No entanto, não podemos cair no erro de, no processo de ampliação do conceito de saúde, cairmos na simplificação do tema, considerando que “tudo é saúde”. Isso acarretaria um risco no abarcar de práticas e ações voltadas ao plano da saúde e na elaboração de políticas de saúde em EF na

medida em que se perde contato com determinados limites e passa-se a se trabalhar no nível da abstração ou num território sem fronteiras.

É a partir desse entendimento mais amplo apresentado no âmbito da SC que procuramos neste ensaio estabelecer tensões com uma abordagem mais centrada no âmbito das ciências sociais e humanas, articulando possibilidades e limitações, desafios, tensões e perspectivas para aqueles que atuam com a EF, defendendo a temática da saúde como conteúdo da EF escolar.

O CORPO, A SAÚDE E A POSTURA ASCÉTICA

O corpo enquanto objeto de estudo sempre foi tratado sob o viés de diversos campos do conhecimento. Isso quer dizer que há várias formas de conceber os sentidos de corpo pelas lentes da ciência, em que cada uma lê o mesmo a partir de suas significações. Neste sentido, cada ciência que trata o corpo é uma verdadeira máquina semiótica na medida em que instrumentaliza a produção de sentidos sobre o mesmo. “O homem jamais reage à objetividade das coisas: é a significação que ele atribui a elas que determina seu comportamento” (LE BRETON, 2011, p.333). Sob este aspecto, cabe deixar claro que quando as ciências naturais ou humanas falam sobre o corpo, não estão falando dele em si, mas sim de representações ou signos degenerados ou ampliados dele – sendo assim, cada ciência com seus conceitos é interpretante lógica do corpo.

Isso acontece porque toda e qualquer ciência não dá conta de tratar o corpo em si que ela obtém como objeto, pois isto são apenas representações significadas ou ainda signos incompletos ou signos ampliados (virtuosos ou virtuais) do objeto (corpo). Sendo assim: “Retoma-se aqui a consideração do corpo como espaço de inscrição de signos, não sendo o próprio corpo, por inteiro, significável. O corpo acolhe códigos que nele ancoram ganhando assim um estatuto de significante flutuante” (BÁRTOLO, 2007, p.75).

Neste sentido, conceituar e compreender o corpo sob o viés da inteireza e complexidade passa a ser uma tarefa impossível, algo inabarcável, pois somos capazes apenas de apreender significações e representações deste de acordo com certos limites cognitivos do presente. Assim, Le Breton (2009, p.24) enfatiza que “[...] qualquer questionamento sobre corpo requer antes a construção de seu objeto, a elucidação daquilo que subentende”. E continua: “[...] o ‘corpo’ é uma linha de pesquisa e não uma realidade em si” (Ibid, p.33).

Para melhor situar e visualizar o corpo no contexto dos discursos e práticas de saúde em EF, nos reportamos à citação de Mondin (2003), quando este menciona que o corpo

humano pode variar entre uma concepção científica que pensa o corpo enquanto coisa, o corpo objeto, aquilo que os alemães chamam de *Körper*, e a consideração fenomenológica que estuda o próprio corpo enquanto lugar de sentidos e significações experimentadas e vividas, que para os alemães se trata do *Leib*. O primeiro consiste em ser um cadáver a ser significado pelo segundo.

Quando a ciência se apropria do corpo a partir do *Körper* ela cria no sujeito uma representação de corpo na qual o indivíduo ocupa um lugar de objeto/coisa e não de ator, ou seja, de um ser humano/corpo inscrito a partir de sua história/trajetória. O corpo passa a ser apenas um evento mecânico, fruto de sua estrutura anatômica pautada no cadáver em detrimento de uma “anatomia viva” que “in-corpore” a subjetividade e a intencionalidade.

O corpo *Körper* é “inaugurado” com Andreas Vesálio com um livro publicado em 1543, cujo título é “*De Humani corporis fabrica*” que deu início à anatomia científica moderna (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010). A partir de Vesálio e de suas publicações, tornou-se uma premissa para o campo da medicina ocidental que toda verdade a respeito das doenças poderiam ser vistas no interior e viscosidade do corpo humano, ou seja, o importante era ver, originando assim uma estreita e íntima relação entre o visual e o conhecimento científico do corpo – e, portanto, dos processos de saúde e doença.

A partir de Vesálio, a visualidade do corpo passou a ter um privilégio no que se refere ao conhecimento do mesmo, e assim na sua conseqüente objetivação, bem como surgiu a primazia do cadáver como modelo de compreensão do estudo do corpo – características estas que são heranças da tradição anatômica (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

Assim, ocorreu a redução epistemológica do ser humano, sendo objetivado ao extremo, e neste sentido, a doença passou a ser entendida como um evento detectável no interior do corpo, e o uso de ferramentas pela medicina foi de suma importância para os diagnósticos destas doenças (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010). O que percebemos é que a medicina pautada estritamente no modelo biológico de corpo fez surgir a objetividade da doença, excluindo traços subjetivos e, além disso, outras dimensões que abarcam o processo de saúde/doença. Conforme Le Breton (2011, p.318), a medicina fornece:

A noção de um homem que não seria nada além de seu corpo, de uma doença confundida com sua localização anatômica e funcional, prelúdio de uma medicina que trata unicamente um órgão ou função lesada, identificando a doença a uma mera disfunção em um mecanismo corporal (LE BRETON, 2011, p.318).

A partir disto, surgiu a necessidade da preocupação com o corpo, o modo pelo qual ele é exposto a doenças e como estas o afligem – tais questões interessariam cada vez mais à política/governo e à educação. Sendo assim, ligados a movimentos da medicina, junto ao

desenvolvimento da ciência, bem como a constituição do Estado Nacional e sistemas educacionais, a EF enquanto componente curricular adentra a escola como instrumento de educação corporal, mais precisamente de promoção da saúde. (BRACHT, 2001)

Neste sentido, a EF iria intervir na escola pautada estritamente no discurso biomédico do século XVIII. A EF, assim, teve sua prática relacionada a estratégias como a polícia médica, campanhas sanitárias e movimento higienista –a educação corporal seria de suma importância. (BRACHT, 2001).

Para tal educação do corpo, a EF primeiramente usou como meio os métodos da ginástica e depois aos poucos foi incorporando o sistema esportivo (BRACHT, 2001). No entanto cabe lembrar que o modelo de corpo pensado para a prática pedagógica da EF – tanto pela ginástica, como pelo esporte – era pautado no conhecimento biológico do seu funcionamento, apesar de saberem que aspectos como a moralidade, caráter e costumes, por exemplo, deveriam ser também trabalhados com os alunos, mas tais práticas sempre estariam pautadas na dimensão biológica. (BRACHT, 2001)

Esse entendimento de *prática* voltada sobretudo a um modelo de corpo puramente biológico, caracteriza a então visão hegemônica de saúde. Quando voltamos nosso olhar para a visão da discussão de saúde hoje na escola, o entendimento principalmente aqui no Brasil é que a atividade, aptidão física, bem como conteúdos como o exercício físico e o desporto (reduzido ao aspecto técnico e biológico) são conteúdos principais e essenciais para se tratar de saúde na EF. (MEZZARROBA, 2012)

Neste sentido, se reduz o entendimento de que atividade física é sinônimo de saúde, e defender o discurso “exercício é saúde” dependendo do contexto sociocultural pode se apresentar como um grande equívoco aos professores de EF, tendo em vista que tal discurso associa a causa (fazer atividade física) a um efeito (gerar saúde), o que é conhecido como o discurso da causalidade, muitas vezes se apresentando como algo reducionista e problemático. (MEZZARROBA, 2012)

Os saberes que são produzidos pelas instituições que regem a saúde – pela legitimidade de suas áreas – vão se materializando e tomando forma no contexto social na medida em que vão subjetivando os sujeitos. O corpo serve de âncora para a percepção individual de se ser saudável e participa de um fluxo de sentidos que é culturalmente manipulado pelas significações que regulam o “ser saudável”. Aqui é importante perceber a complexidade desse fenômeno social amparado basicamente sobre a correlação entre: cultura e campos de saber (instituições que produzem ciência e a manipulam); tipos de normatividade

(legitimação/materialização dos resultados); e formas de subjetivação (estratégias de inculcação social).

Criam-se formas de ver e perceber o corpo no contexto da saúde. Esse *ver e perceber* o corpo se institucionaliza e pauta saberes – subjetivações – que vão sendo disseminadas e legitimadas pela área médica sempre amparada pelo viés científico e suas tramas de métodos.

Sobre as instituições como forma gestora do indivíduo, como nos lembra Ortega e Zorzaneli (2010), os estudos de Foucault já sinalizavam a tomada do corpo, ou seja, do sujeito, como foco de ações e atenções políticas. Neste sentido, Foucault detectou um forte processo de investimento no corpo por meio do poder, ou o que ele chama de *biopoder*, este que além do corpo, perpassava a vida e os mais variados campos e fenômenos que envolvem a sociedade (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010). Neste sentido, a ciência ressignificou tais valores e sentidos, em que as obrigações éticas e morais, as escolhas do estilo de vida são pautadas no discurso científico/biomédico.

O contexto de ênfase excessiva em um padrão otimizado de saúde cria novas formas de relação consigo e com o outro, como, por exemplo, o já mencionado uso corrente de vocabulário biológico para a descrição de aspectos da identidade e da saúde, tais como infelicidade, sofrimento ou características próprias ('minha taxa de colesterol está alta', 'sou muito vulnerável ao estresse', 'meu sistema imunológico está em baixa', 'tenho predisposição a certas doenças', 'estou deprimido'). Fato é que a linguagem por meio da qual os indivíduos têm descrito a si mesmos tem se baseado cada vez mais em termos médicos que se popularizam, fornecendo princípios de avaliação dos indivíduos para gestão da própria saúde (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

Para Foucault, as relações de poder eram responsáveis pela produção de formas do sujeito se relacionar consigo mesmo e com os outros, sendo por meio do controle dos gestos do corpo, do espaço e do tempo (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010). Podemos detectar isso quando falamos do meio pelo qual a própria EF adentrou o ambiente escolar, ou seja, pela preocupação com o corpo e o modo pelo qual o mesmo era suscetível a doenças, e pelas estratégias práticas que regiam esses corpos como, por exemplo, a ginástica e o esporte. Sob este viés, é importante entender que o poder deve ser apreendido como determinadas situações estratégicas, representadas por um conjunto de ações que operavam sobre o comportamento do sujeito, induzindo, dificultando, facilitando ou não determinadas ações (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

Sobre as mudanças pelas quais o poder tendeu a transformar-se no fim do século XVIII e começo do século XIX, Foucault designou o termo biopolítica (REVEL, 2005). Essa noção de biopolítica tem em seu bojo a necessidade de levar em consideração o nascimento do liberalismo (REVEL, 2005), ou como Foucault (2008) enfatiza a “arte liberal de

governar”, na medida em que a noção de biopolítica está atrelada à características desse modelo de governo.

A arte liberal que Foucault (2008) menciona como nova arte governamental se caracteriza como gestora de liberdade, porém, “não no sentido do imperativo ‘seja livre’ [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 86), mas sim no sentido de que esse tipo de governo vai proporcionar o necessário para que haja liberdade, é por isso que essa arte de governo produz, consome e organiza a liberdade. Para Foucault (2008, p.87):

[...] O liberalismo, no sentido em que eu o entendo, esse liberalismo que podemos caracterizar como nova arte de governar formada no século XVIII, implica em seu cerne uma relação de produção/destruição [com a] a liberdade [...]. É necessário, de um lado, produzir a liberdade, mas esse mesmo implica que, de outro lado, se estabeleçam limitações, controles, coerções, obrigações apoiadas em ameaças etc.

É importante destacar que na medida em que o liberalismo se propõe a ser o gestor e produtor da liberdade, é este governo que também é responsável pelos problemas que essa fabricação implica (FOUCAULT, 2008). Neste sentido, para a gestão da liberdade, essa noção/sentido de liberdade – que não é, vale aqui novamente enfatizar, um imperativo do “seja livre” – implica numa noção de segurança, pois é através disso que a arte liberal de governar determina até que ponto o interesse individual não constitui um perigo para o interesse coletivo e vice-versa (Id.). Considerando isso, o liberalismo ao mesmo tempo em que manipula os interesses – individuais/coletivos – não pode fazê-lo sem ao mesmo tempo ser o próprio gestor dos perigos e dos mecanismos de segurança, desse jogo que deve garantir que os indivíduos estejam o menos possível sujeitados aos perigos (Id.).

[...] Os acidentes individuais, tudo o que pode acontecer na vida de alguém, seja a doença, seja esta coisa que chega de todo modo, que é a velhice, não podem constituir um perigo nem para indivíduos nem para sociedade. Em suma, a todos esses imperativos – zelar para que a mecânica dos interesses não provoque perigo nem para os indivíduos nem para a sociedade – devem corresponder estratégias de segurança que são de, de certo modo, o inverso e a própria condição do liberalismo. (Ibid, p. 89)

É sobretudo nesse aspecto do jogo entre liberdade e segurança, no que tange a gestão de interesses individuais ou coletivos em relação aos mecanismos que irão deixar os sujeitos menos suscetíveis a riscos, que a biopolítica se relaciona com o liberalismo. Faz-se essencial compreendermos que, por volta da metade do século XVIII, as instituições como a escola e o próprio Estado faziam a gestão do indivíduo. Assim, é interessante destacar uma vicissitude do biopoder (advindo do Estado) que surgiu centrando-se no corpo e em seus processos biológicos como o nascimento, a mortalidade e o nível de saúde. Tais processos viraram centro de intervenção política mediante um sem fim de controles reguladores, o que vem a

caracterizar a entrada dos fenômenos da espécie humana no campo do que se chama de *biopolítica*, que: “[...] diz respeito ao conjunto de dispositivos que regulavam naquele momento os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade e todas as condições que podem fazer um corpo variar, tanto individual quanto coletivamente” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p.71). Neste sentido, mais uma vez nos reportamos aqui à EF, sobretudo no instante em que ela adentra no âmbito escolar como um dispositivo do governo para a promoção e gestão da saúde do sujeito.

Neste processo, a otimização dos padrões corporais estabelecidos via discurso médico-científico torna-se um parâmetro de valor para os sujeitos. Criam-se assim modelos ideais baseados na *performance* física, amparados em parâmetros que têm vínculos com determinadas normas e regras higiênicas. Assim, as ações dos sujeitos passam a ter o objetivo de obtenção de uma maior e melhor forma física, melhor saúde, mais longevidade, juventude – tudo pautado no “mais”, ou seja, na *performance*. Neste sentido, passa-se a existir um corpo mediado por representações normativas estabelecidas por especialistas da saúde que pautam as técnicas de si – *bioascese*.

Como cita Ortega (2005), as modernas ascetes corporais, as bioascetes, reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bioidentidades. Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna.

A última consequência da liberdade do agente, na relação de governo, desde que se disponha a tanto, é a possibilidade que ele tem de reconfigurar, pelo menos em parte, as relações de governo, as quais, na modernidade, são orientadas pela governamentalidade biopolítica; portanto, a liberdade do agente é a sua possibilidade de contornar os princípios biopolíticos que o atrelam à sua finitude (FARHI NETO, 2010, p. 200).

O resultado disso é um sem fim de regras a serem seguidas e modelos que devem ser praticados. Nascem então as exigências de um *estilo de vida saudável*, uma arte de governar os outros e a si mesmo no exercício de sua “própria liberdade”. O sujeito segue parâmetros de proibições e permissões, um esquema de comportamentos. Isso pode ser lido e compreendido muito nas noções que Foucault apresenta de *tecnologias políticas do corpo*, bem como de *governabilidade*.

A descrição dos cuidados de saúde de um idoso feita por Coh-Bendit (1981) apresentada por Le Breton (2011, p.252-253) retratam os cuidados minuciosos da arte bioascética:

Eu estou engajado no prolongamento máximo da duração de minha vida. Eu tomo vitaminas, sais minerais. Eu como cereais no café da manhã e salada ao meio-dia. Eu me ocupo de meu corpo como se fosse uma revolução. Eu como para me alimentar e não por prazer. Esses são os complementos naturais que eu tomo para meu equilíbrio geral. Eu consumo cerca de quarenta a cinquenta desses por dia. Esse é o *Max Epi* que protege dos acidentes cardíacos. O betacaroteno tirado das plantas e que retarda o envelhecimento das células. E aqui estão outros que impedem o desenvolvimento do câncer, ou que limpam o sangue de suas impurezas. Esse é o Ginseng, que reforça minha energia e me prepara para os esforços esportivos. Eu também tomo vitaminas como aquelas que me ajudam a dormir à noite, e vitamina do complexo B⁶.

É pautada nessa moralidade que os fumantes, os sedentários, os alcoólatras, os drogados, os obesos, os anoréxicos etc. são julgados como *amorais* e de pouca vontade. São eles o exemplo da “personificação do pecado”, a eles cabem todas as “penitências” por não seguirem a conduta moral instituída pela saúde. A questão da “anormalidade” não deve ser encarada como algo que foge necessariamente de regras fisiológicas, isso porque o corpo e os processos de saúde-doença não estão apenas nos limites do registro anatômico e funcional do corpo, mas também numa dimensão sociocultural na qual são partilhadas uma série de sentidos e significados (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010), dando assim sentido a uma série de etiquetas morais e de ideias de saúde.

Tudo isso vem reforçar a ideologia da saúde perfeita, que leva a crer que um sujeito fora destes padrões de autocontrole tem origem numa falha de caráter, falha no manejo de si mesmo (Id.). Tal discurso cai nas questões individuais, como no chamado *estilo de vida*, como se todas as pessoas escolhessem a situação em que vivem, e tivessem total controle sobre o que determina sua saúde. Assim, conforme argumenta Mezzaroba (2012, p.237-238):

Ao atribuir o peso da culpa ou da responsabilidade ao próprio indivíduo, ocorre aquilo que a saúde coletiva denomina de *culpabilização da vítima*, ou seja, exposto aos vários agravos que o indivíduo sofre no seu dia a dia, seja pelas suas condições de trabalho, de alimentação, de transporte, de relações pessoais, e com o ‘bombardeio de informações’ que recebe quanto a comportamentos preventivos que deve seguir para ‘ter saúde’, seria ‘culpa’ dele mesmo não seguir o que médicos e profissionais da saúde – incluídos aí os professores de EF e os *personal trainers* – dizem ou ‘recomendam’ para ser seguido.

Do contrário, temos os fanáticos da boa forma, os *experts* em calcular minutos de atividade física com queima de calorias, os que cronometram suas horas de sono, que contam as cores das saladas que têm no prato e a quantidade de frutas e de litros de água que consomem, os que praticam alguma atividade física com certa regularidade.

Somos sabedores de que há toda uma cultura industrial e de mercado que se serve dos padrões de saúde para criar necessidades e fazer girar toda uma engrenagem tecnológica lucrativa. Por que não investir numa ética pautada na responsabilidade de assumir sua

condição de saúde na preservação moral dos sujeitos que fazem parte de seu entorno? Seria isso possível?

Neste sentido, por que é difícil para nós romper com tais subjetivações? Precisamos insistir em criar metáforas/experiências sobre saúde que transcendam os limites de padronização do que é certo e do que é errado para investir em processos de experiências singulares que permitam ao sujeito constituir-se e conduzir-se a si mesmo na medida em que o indivíduo é levado a criar seus próprios mecanismos de se sentir saudável. Ainda assim não estamos certos de haver uma possibilidade de isso acontecer na medida em que é difícil para nós conciliar práticas corporais como prática ascética de liberdade, pois, como nos lembra Gomes (2013, p. 62): “o sujeito não existe fora dos processos sociais, sobretudo os de ordem discursiva que os produzem enquanto seres livres e autônomos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso propósito, neste ensaio, foi realizar algumas reflexões em torno das questões do arrolamento saúde, corpo e EF, com o intuito de alargar as compreensões dessa relação histórica que associa, como vimos, muitas vezes de forma vazia, simplistas e descontextualizadas, aspectos da saúde e do corpo humano à EF. Em pleno século XXI, é mais do que necessário – é urgente – complexificar essa relação para além das questões que se situam apenas no plano biológico, associando outros campos do saber e incluindo a EF no longo, denso, desafiante, multidisciplinar e promissor caminho da SC.

À EF, enquanto campo do conhecimento que trata da saúde, cabe melhor contextualizar e problematizar este conteúdo e as diversas questões que estão à sua volta – como o domínio de si –, sem cair em oposições distanciadas e sem diálogo, apenas repetindo velhos discursos sob a roupagem daquilo que é considerado como “renovado”; tampouco negando que sua identidade, enquanto saberes e práticas constituídas social e historicamente, está sim atrelada de maneira direta à saúde.

Portanto, uma saúde que leve em consideração o corpo enquanto uma construção simbólica, constituição da identidade pessoal, resultado de um processo de subjetivação/objetivação que seja pautado na própria experiência do sujeito, em suas determinadas ações e relações com o contexto social em que está inserido.

REFERÊNCIAS

BÁRTOLO, J. **Corpo e sentido**: estudos intersemióticos. Covilhã: Livros LabCom, 2007.

BRACHT, V. Saber e fazer pedagógicos: acerca da legitimidade da Educação Física como componente curricular. In: CAPARRÓZ, F.E. (org.). **Educação Física escolar: política, investigação e intervenção**. Vitória: Proteoria, 2001, p.67-79.

_____. Educação Física & saúde coletiva: reflexões pedagógicas. In: FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.155-197.

CARVALHO, Y.M. de. **O “mito” da atividade física e saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

DEVIDE, F.P. Educação Física, qualidade de vida e saúde: campos de intersecção e reflexões sobre a intervenção. **Movimento**, Porto Alegre, v. 8, n.2, p.77-84, maio/agosto 2002.

FARHI NETO, L. **Biopolíticas: as formulações de Foucault**. Florianópolis: Cidade Futura, 2010.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOMES, R.M. A política da vida e a saúde. In: FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.52-82.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 3d. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

LOVISOLO, H. A paisagem das tribos na Educação Física. In: **Lecturas: Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, ano 3, n. 12, dez./1998. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd12/hlov.htm> Acesso em: 02 março 2009.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MEZZARROBA, C. Ampliando o olhar sobre saúde na educação física escolar: críticas e possibilidades no diálogo com o tema do meio-ambiente a partir da Saúde Coletiva. In: **Motrivivência**, Florianópolis, ano XXIV, n.38, p.231-246, Jun./2012.

MONDIN, B. **O homem: quem ele é?** Elementos de antropologia filosófica. São Paulo: Paulus, 2003.

MONTEIRO, H.L.; GONÇALVES, A. A saúde coletiva/atividade física e o padrão epidemiológico de transição. In: GONÇALVES, A. (org.). **Saúde coletiva e urgência em Educação Física**. Campinas: Papyrus, 1997, p.159-164.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, F; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. **Imagens de Foucault e Deleuze ressonâncias nietzschianas**. 2 Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PALMA, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.22, n.2, p.23-39, jan. 2001.

ROCHA, V.M. da; CENTURIÃO, C.H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2ª ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007, p.17-32.

REVEL, J. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

SOARES, C. **Educação Física**: raízes européias e Brasil. 4ª ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M.F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.