

Artigo de Atualização/Divulgação

“Navegar é preciso, viver não é preciso”: risco no discurso da vida ativa

Marcos Santos Ferreira

Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo: Neste ensaio, discuto a emergência da moderna noção de risco, suas diferentes abordagens epistemológicas e como elas se manifestam no discurso da vida ativa. Para isso, tomo como referência o programa Agita São Paulo, apontado pela OMS como exemplar no campo da promoção da atividade física. O programa, porém, funda suas estratégias na perspectiva realista de risco, desconsiderando os condicionantes socioculturais da atividade física e tomando-a como a solução para os complexos problemas de saúde pública. Para promover a vida ativa, o programa se baseia em um discurso que busca o consenso, a despeito das diferenças socioeconômicas, demonizando o sedentarismo e culpabilizando seus adeptos; além disso, toma a racionalidade como musa inspiradora do comportamento humano.

Palavras-chave: Atividade física. Exercício físico. Risco. Políticas públicas.

“Sailing is necessary, living is not necessary”: risk in the active lifestyle discourse

Abstract: In this paper, I discuss the emergence of the current notion of risk, the different epistemological approaches to it and how they appear in the active life discourse. With this aim, I take as a reference the Agita Sao Paulo Program, which is mentioned by WHO as an exemplary physical activity promotion initiative. This program, though, is founded on a realistic perspective of risk, disregarding sociocultural determinants of physical activity, which is taken as *the* solution for complex public health problems. Aiming at promoting active lifestyles, the program follows a rationale that is built up towards consensus regardless of socioeconomic differences, demonizing sedentariness and blame sedentary people; moreover, it takes rationality as the inspiring muse of human behaviors.

Key Words: Physical activity. Exercise. Risk. Public policies.

A Emergência da Noção de Risco

“Navegar é preciso, viver não é preciso” (PLUTARCO, 1952, p.113). Com essa frase, Pompeu, general romano (106 a.C. – 48 a.C.), precisando levar a Roma o trigo colhido nas províncias, exortou seus hesitantes marinheiros a navegar num momento de tormenta e vento impetuoso. Naquela época, as intempéries e as limitações das embarcações faziam das viagens marítimas aventuras perigosas, muitas vezes recheadas de infortúnios. Porém, como pouco se tinha a fazer contra esses azares, não havia outra saída senão enfrentá-los em busca de alimentos, terras e glórias. A sentença de Pompeu, portanto, não é uma simples declaração de amor à navegação, mas uma exortação à coragem e à abnegação pela pátria (TOSI, 2000), o que confere à frase o sentido de *necessidade*.

Por muitos séculos, guerras e catástrofes naturais foram encaradas como fatalidades, perigos e vicissitudes inerentes à vida, visão que começa a mudar na Pré-Modernidade. No século

XV, o capitalismo mercantil que emergia necessitava de novos mercados para se consolidar e expandir. Essa crescente necessidade foi a mola mestra que, aliada a invenções como o astrolábio, a bússola, e, sobretudo, as caravelas, levou a navegação, até então restrita ao Mar Mediterrâneo, para além-mar. Embora a amplidão do alto mar suscitasse ainda mais incertezas, a possibilidade de controle do futuro sugerida pelas novas invenções imprimia outro sentido aos perigos da navegação, que, se podiam ser razoavelmente previstos, podiam ser minimizados e, às vezes, até evitados. É nesse contexto que perigos começam a ser vistos como *risco*. De fato, a maioria dos autores associa a emergência do termo risco às grandes navegações da Pré-Modernidade (LUPTON, 2004).

Com o Renascimento e o Iluminismo, a razão se torna a chave para a compreensão dos fenômenos naturais. As Leis de Kepler e da Gravitação Universal talvez sejam duas das demonstrações mais contundentes dessa

racionalidade. A crença na racionalidade se fortalece de tal forma que a realidade social passa a ser investigada empiricamente, com base na mesma lógica usada para explicar os fenômenos da natureza. Tomando por base a lógica das ciências naturais, em fins do século XIX, Durkheim busca estender à conduta humana o racionalismo científico (DURKHEIM, 1990), definindo as características do tipo de fenômeno que só poderia ser objeto da sociologia e de nenhuma outra ciência: o fato social.

Com a Modernidade, emergem a teoria da probabilidade e a estatística como ferramentas para a quantificação e controle racional da desordem da existência humana. Assim, análises e medidas estatísticas surgem no início do século XIX como forma de medir, classificar e monitorar características de populações em sociedades capitalistas modernas. No campo da saúde, esse papel foi desempenhado pela epidemiologia, disciplina que surge com a tarefa de tornar mais controláveis as incertezas peculiares aos fenômenos da doença e da morte (PETERSEN, LUPTON, 1996). Consolida-se, assim, a moderna noção de risco, fundada, sobretudo, na idéia de antecipação do futuro mediante estimação probabilística.

Risco Probabilístico: cerne da epidemiologia

A epidemiologia apóia-se em dois pressupostos centrais: as doenças não ocorrem por acaso e têm fatores causais que podem ser identificados por meio da investigação sistemática de populações em diferentes tempos ou lugares. Pode-se dizer que a identificação da relação de causalidade entre variáveis (exposições e desfechos) é considerada o objetivo maior da epidemiologia. Em resumo, a intenção de todo estudo epidemiológico é verificar, a rigor, se determinada exposição está associada a uma determinada doença (ou desfecho de interesse), evitando-se vieses e controlando-se confundimentos. A epidemiologia permite quantificar a magnitude da relação exposição-doença nos seres humanos e, assim, alterar o risco por meio de intervenções (HENNEKENS, BURING, 1987). Portanto, o conceito de risco é usado em epidemiologia como uma forma de compreender e medir a probabilidade de ocorrência de agravos à saúde. Ou seja, ao conceito de risco subjaz a idéia de descrição do futuro, não como predição, mas como

probabilidade (BRICEÑO-LEÓN, 1998). Estima-se que eventos ocorridos no passado e no presente venham a se repetir no futuro. Esse engendramento de antecipação futurística encontra no causalismo e nos métodos quantitativos (mais precisamente na estatística) seu objetivo e sua ferramenta essenciais, respectivamente.

Tal formulação é extremamente útil quando se trata de fenômenos naturais, nos quais relações de causalidade são mais facilmente identificáveis e menos propensas a questionamentos. Como afirma Schwartz (1969 *apud* GOLDBERG, 1990), a definição da palavra 'causa' exige que quando ela esteja presente, o efeito exista e, quando suprimida, o efeito desapareça. Essa lógica, entretanto, válida sobretudo para as doenças infecto-contagiosas, perde consistência com a emergência das doenças não-transmissíveis. Assim, em meados do século XX, a epidemiologia dos modos de transmissão começa a dar lugar à epidemiologia dos fatores de risco (GUILAM, 1996). Já não cabia mais pensar em agente causal, mas numa imbricada trama de fatores de risco cuja interação explicaria os padrões das doenças não-transmissíveis. Nesse contexto, a grande contribuição da epidemiologia passa a ser a identificação de tais fatores de risco. Com essa ampliação do objeto da epidemiologia, as intervenções propostas também se ampliam. Sob essa perspectiva, como todos abrigamos riscos potenciais em relação a um ou mais 'desfechos' (PETERSEN, LUPTON, 1996), todos estamos sujeitos a inúmeras prescrições comportamentais.

De fato, a epidemiologia dos fatores de risco traz consigo uma série de questões que devem ser analisadas criticamente, sob pena de se criar uma confiança desmedida em torno de sua capacidade de responder aos complexos problemas de saúde pública. Geradas num arcabouço teórico que não dá conta adequadamente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais dos fenômenos, as prescrições comportamentais produzidas a partir dos achados epidemiológicos perigam não corresponder efetivamente à expectativa de seus destinatários, pois a racionalidade do método não se estende, como algo natural, às decisões humanas. Embora para avaliá-las usem-se modelos que de alguma forma consideram a dimensão social, eles não dão conta da

subjetividade inerente à condição humana, objeto de veras fugidias. Além disso, homogeneizados em categorias epidemiológicas, os indivíduos têm suas singularidades diluídas em cálculos de probabilidades, riscos e chances populacionais de desfechos.

Cabe indagar, portanto, acerca da capacidade da epidemiologia em “fazer suas afirmações de risco diante do problema das interações entre representações coletivas e individuais relativas a questões cruciais que envolvem o adoecer e o morrer” (CASTIEL, 1996, p.97). Some-se a isso o fato de que, por maior que seja a probabilidade de um risco, não há como garantir que a doença a ele associada ocorrerá e, muito menos, em que indivíduos ou parcela da população. Assim, omitir tal peculiaridade do método epidemiológico é revestir seus achados com aura de verdade absoluta.

Por outro lado, não se trata de negar as contribuições da epidemiologia no desvelamento de fatores que concorrem para o surgimento de doenças. Há, porém, que se reservar-lhe o lugar de direito no processo de busca de soluções para os problemas de saúde pública. É problemático, por exemplo, quando se tomam políticas de saúde pública como sinônimo de conjunto de estratégias de mudança comportamental calcadas exclusivamente em preceitos emanados de estudos epidemiológicos. Em outras palavras, a epidemiologia é necessária ao campo da saúde pública, porém, não suficiente. Entretanto, ainda que necessária, há que se avaliar as implicações culturais de seus achados fundamentados no conceito de risco probabilístico. Para tanto, há que se considerarem outras ciências e práticas, sob pena de estratégias de saúde pública manterem-se no discurso estéril e serem usadas como forma de controle social (PETERSEN, LUPTON, 1996).

Em suma, a abordagem epidemiológica do risco enquadra-se no que Lupton (2004) chama de perspectiva realista (Figura 1). Sob esse ponto de vista, o risco preexiste na natureza, pode ser determinado racionalmente, por meio do conhecimento científico objetivo, e controlado a partir de prescrições comportamentais fundadas nas evidências científicas. Como pressuposto básico, está a idéia de que os comportamentos humanos são racionalmente construídos. Com base nesse entendimento, compõe-se o cardápio de estratégias de redução do risco: a benção de

comportamentos considerados ‘protetores’ de doenças não-transmissíveis e a demonização de seus opostos.

Perspectiva Sociocultural do Risco

Quem fuma e não pratica atividade física tem maior risco de morrer? Para a epidemiologia, certamente sim. Para o fumante e o dito sedentário, talvez não. Por que não? Porque suas percepções do risco podem diferir da dos epidemiologistas. Embora essa situação possa causar estranhamentos, há que se reconhecer que as decisões humanas podem pautar-se em outra lógica que não a epidemiológica. Aliás, apregoar o discurso epidemiológico – leia-se científico – como o único possível é uma forma de inculcar determinado tipo de raciocínio, que desconsidera a subjetividade humana ou, no mínimo, a joga para baixo do tapete.

A questão, de fato, pode ser analisada de diferentes perspectivas que, no fundo, derivam da imbricada interação entre os condicionantes sociais, biológicos, culturais, psicológicos. Há pessoas, por exemplo, que orientam suas decisões com base na observação rotineira de casos de doença e morte em sua rede pessoal e na arena pública: “meus pais nunca praticaram atividade física e morreram com mais de 90 anos. Por que devo me preocupar com isso?”. Argumentos desse tipo, ainda que contrariem as estimativas ortodoxas de risco, têm embutida certa lógica epidemiológica. Ou seja, de uma forma ou de outra, esses argumentos apóiam-se em eventos passados para antever o futuro, ainda que probabilisticamente e ainda que os eventos tenham sido escolhidos intencionalmente. A partir da observação de casos individuais e sua associação a certas circunstâncias do fenômeno, regularidades são identificadas e, então, usadas como hipóteses explicativas, que podem servir tanto para desafiar quanto para apoiar processos etiológicos explicitados pela epidemiologia (DAVISON, SMITH, FRANKEL, 1991).

‘Epidemiologia leiga’ foi a expressão cunhada por Davison, Smith e Frankel (1991) para descrever o processo pelo qual riscos à saúde são compreendidos e interpretados por pessoas leigas. Ora, ainda que a lógica da epidemiologia possa servir de referência para algumas decisões humanas, a estratificação social e a pluralidade cultural concorrem para a multiplicidade de

percepções e atitudes frente ao risco. Assim, a ‘epidemiologia leiga’ pode ser entendida como resultado da interação das crenças empíricas sobre a natureza da doença e dos valores sobre saúde e risco (ALLMARK, TOD, 2006). Em outras palavras, mais que um construto matemático, o risco é uma construção histórica, social e cultural e, como tal, variável no tempo e no espaço.

Com efeito, as posturas frente ao risco variam consideravelmente. Em alguns momentos, as pessoas valem-se da inconstância e da ambigüidade das recomendações de saúde pública para justificar a recusa em adotá-las. O álcool, por exemplo, é ao mesmo tempo glorificado e demonizado (ALLMARK, TOD, 2006). O ovo, outrora execrado, hoje é venerado (MONTENEGRO, 2007, p.20). Na década de 1970, 30 minutos de atividade física moderada não eram suficientes para promover adaptações orgânicas conducentes à saúde, embora hoje essa seja a recomendação em voga. Daí o ceticismo, às vezes em tom jocoso, com que indivíduos costumam receber certas recomendações oficiais (DAVISON, 1989), sobretudo as que maldizem comportamentos considerados prazerosos. De fato, é comum que recomendações de saúde pública sejam simplificadas, distorcidas e até mesmo falseadas mediante a exacerbação dos riscos de determinado comportamento e dos benefícios que se pode obter ao modificá-lo (ALLMARK, TOD, 2006). Uma atitude “de desonestidade honesta” [*worthy dishonesty*] (DAVISON, SMITH, FRANKEL, 1991) de induzir as pessoas a mudar seus comportamentos, ou seja, seus estilos de vida.

Com efeito, o discurso dos estilos de vida, fortemente fundado na noção de risco epidemiológico, visa, no fundo, à objetivação da incerteza inerente à condição humana. A iniciativa, porém, não é das mais palatáveis. A idéia de estilo de vida, tomada como hábito facilmente adotável por todos (para o que bastaria força de vontade, independentemente de sua condição social), ao mesmo tempo em que deposita no indivíduo a responsabilidade por sua saúde, negligencia o fato de que suas práticas sociais – especialmente as sexuais – não são adotadas de forma tão racional.

Há, sem dúvida, diferenças entre a noção de risco epidemiológico e a de pessoas leigas. No primeiro caso, o risco descreve relações

objetivas, impessoais e quantitativas, que reduzem a causa da doença a um único ou a uma combinação de fatores, cujos efeitos podem ser descritos numa relação de causalidade semelhante ao modelo biomédico (LUPTON, 1995). A interpretação que as pessoas leigas fazem do risco epidemiológico, por sua vez, é fortemente condicionada pelo contexto sociocultural. Elas não vêem o risco como probabilidades estatísticas objetivas, mas o percebem subjetivamente com base em suposições ontológicas e cosmológicas (LUPTON, 1995). De fato, essa diferenciação é importante de ser feita, até mesmo para se tentar entender o fracasso de certas prescrições comportamentais emanadas da saúde pública.

É nessa linha de raciocínio que se baseia, em maior ou menor grau, a perspectiva sociocultural do risco, segundo a qual o ser humano e o mundo social existem numa relação de determinação recíproca, e o risco nunca é totalmente objetivo, nem passível de ser conhecido fora do sistema de crenças e valores morais (LUPTON, 2004). Em que pesem esses pontos em comum, a perspectiva sociocultural é ainda subdividida em duas outras – perspectivas construcionista fraca e forte (LUPTON, 2004) – que refletem, no fundo, diferentes posições epistemológicas acerca do risco. Apesar das limitações de toda classificação e esquematização, até mesmo porque algumas abordagens do risco podem combinar mais de uma perspectiva, a Figura 1 ajuda a situar as diferenças em relação à objetividade do risco entre as perspectivas realista e sociocultural.

No extremo do *continuum* figura a perspectiva realista que, como vimos, percebe o risco como produto de probabilidades e de eventos adversos, fenômeno que pode ser racionalmente calculado e objetivamente identificado na natureza. Nessa perspectiva, os riscos, que estão camuflados na natureza aguardando serem descobertos pelo Homem, são representados como verdade objetiva e universal. A mensuração, por exemplo, de que o risco de uma pessoa sedentária sofrer um enfarte é de 44% é o suficiente para dar origem a prescrições comportamentais para todas as audiências, independentemente dos condicionantes sociais, culturais, econômicos, políticos.



Figura 1. Continuum de perspectivas epistemológicas do risco – inspirado em Lupton (2004, p.35).

Numa posição mais intermediária do *continuum* figura a perspectiva *construcionista fraca*, segundo a qual riscos são mediações culturais de perigos e ameaças ‘reais’. Ou seja, o risco continua sendo tomado como fenômeno objetivo, passível de ser submetido à racionalização matemática, mas que não pode ser conhecido isoladamente dos processos sociais, culturais e políticos (LUPTON, 2004). Em outras palavras, riscos são quantificações de perigos e ameaças, que só podem ser realmente conhecidos quando submetidos ao crivo dos condicionantes socioculturais. Nesse caso, a mensuração de que o risco de uma pessoa sedentária sofrer um enfarte é de 44% não vale por si só. Sem considerar o contexto social e cultural, corre-se o risco de culpabilizar pessoas com recomendações impossíveis de serem seguidas.

Essa relativização do risco é ainda maior na perspectiva *construcionista forte*, segundo a qual nada é um risco em si mesmo. A mensuração de riscos é, em última análise, um processo social. Riscos só existem a partir da ação humana que é, invariavelmente, social. Ou seja, somos, antes de tudo, seres sociais. Essa é, portanto, a idéia suprema da perspectiva construcionista forte: o risco é socialmente construído. Isso significa dizer que qualquer coisa pode se constituir um risco (LUPTON, 2004). Para que ganhe vida, porém, é necessário que atores sociais o reconheçam e o rotulem como tal. Esse reconhecimento, entretanto, não é uma simples interpretação cultural de perigos objetivos, como na perspectiva construcionista fraca. Para a perspectiva forte, certos riscos em determinado contexto histórico ou cultural podem não ser considerados como tal

em outro contexto (LUPTON, 2004). Sendo assim, para a perspectiva forte, tanto faz se o risco de uma pessoa sedentária sofrer um enfarte é de 44, 56 ou 67%, assim como é irrelevante fazer a distinção entre riscos ‘reais’ e falsos. Para essa perspectiva, de inspiração pós-estruturalista, importa mais dissecar e compreender criticamente o processo de construção de riscos, forjados que são em determinados contextos sociais, culturais e históricos. Importa mais explicitar que forças atuam na construção de distintas noções de risco. Interessa mais saber como se estruturam certos discursos sobre o risco e porque uns prevalecem em detrimento de outros. Interessa mais saber que sujeitos são forjados por meio dos discursos sobre o risco.

O Risco no Discurso da Vida Ativa

Para discutir sobre o risco no discurso da vida ativa, tomo como referência o Agita São Paulo, programa criado em 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Desde sua criação, o Agita São Paulo vem servindo de parâmetro para a criação de inúmeros programas brasileiros e, desde 1997, vem sendo apontado pela OMS como exemplo de iniciativa no campo da promoção da atividade física (CELAFISCS, 2004) – o que justifica sua escolha como objeto de análise. Com o objetivo de aumentar o nível de atividade física da população e seu conhecimento sobre os benefícios da atividade física, o Agita São Paulo recomenda que **“todo cidadão deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, na maior parte dos dias da semana (se possível todos), de intensidade moderada (ou**

leve), **realizada de forma contínua ou acumulada** [grifos no original]" (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p.31). Essa recomendação, amplamente difundida pelo programa, nasce a partir da identificação de uma associação inversa do gasto calórico e do tempo total de atividade física com a mortalidade e a incidência de doenças cardiovasculares. Da mesma forma, o fracionamento dos 30 minutos de atividade física encontra suporte em estudos que apontam a possibilidade de atividades físicas moderadas praticadas intermitentemente produzirem efeitos benéficos tanto na aptidão física quanto na saúde (PATE et al., 1995).

Para atingir seu objetivo de tornar as pessoas fisicamente ativas, o Agita São Paulo adota várias estratégias midiáticas para chamar os indivíduos à razão: "[a]umentando o nível de conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativo", o programa espera "aumentar em pelo menos um nível o estágio de comportamento da população em relação à atividade física (exemplo: o sedentário para pouco ativo e o pouco ativo para ativo)" (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002; 1998, p.14). Ou seja, a idéia subjacente é a de que o conhecimento leva o indivíduo a mudar de comportamento. Tanto é que, para avaliar essa mudança, o Agita São Paulo vale-se de uma adaptação do modelo transteórico, inicialmente criado por Prochaska e DiClemente (1982) para estudar a adição ao tabagismo e, mais tarde, a adesão à atividade física (PROCHASKA, MARCUS, 1994). O modelo transteórico tem como premissa básica a idéia de que a mudança do comportamento é um processo racional, que pode ser esquadrado em estágios e para os quais há prescrições específicas (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998, p.25).

As práticas humanas, portanto, são tratadas pelo Agita São Paulo como fenômenos não fluidos (LUPTON, 1995) passíveis de objetivação – uma grosseira simplificação do humano, como se a interação de seus condicionantes históricos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biológicos pudesse ser apreendida em três ou cinco categorias. Portanto, a vida, para o Agita São Paulo, pode ser 'matematizada' e racionalizada.

De fato, para levar os indivíduos a adotar estilos de vida ativos, o Agita São Paulo exalta o

papel protetor da atividade física com base na noção de risco epidemiológico:

o indivíduo que deixa de ser sedentário para ser um pouco ativo diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002, p.28); quem sobe três andares de escadas por dia tem 50% menos risco de morrer por problemas cardiovasculares (CONFEE, 2002, p.31); famílias que têm cachorro morrem menos de infarto do miocárdio (MATSUDO, 2007,).

Ainda que todos esses benefícios estejam apoiados em associações estatísticas significativas (com todas as já discutidas limitações desse tipo de abordagem quantitativa), vale destacar que o Agita São Paulo apresenta a atividade física como a causa dos benefícios, investindo-a de um poderio que se estende para praticamente todas as esferas da vida. Segundo o Agita São Paulo, com 30 minutos de agito diário é possível reduzir distúrbios do comportamento, a delinqüência, a depressão, o isolamento social, o absenteísmo, a rotatividade da mão-de-obra e os custos médicos e, ao mesmo tempo, melhorar a produtividade, o desempenho acadêmico e vocacional, a frequência às aulas, a responsabilidade, a relação com os pais, a auto-estima, a auto-imagem, entre outros benefícios (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002).

Todas essas associações fartamente apontadas e alardeadas pelo Agita São Paulo são geradas no arcabouço epidemiológico que, por sua vez, está fundado no modelo multicausal. Apesar de seus pontos positivos, esse modelo explicativo para as causas das doenças pode facilmente ser usado como forma de manutenção do *status quo*. Tesh (1990) apresenta algumas explicações para isso. Primeiro, o caráter não-hierárquico do modelo permite que os que têm algo a perder com determinada ação de saúde pública aponte outra variável como causa a ser focada. Segundo, há uma lacuna entre o que é prometido pelo modelo multicausal e o que, de fato, é obtido. A impossibilidade de o dispositivo epidemiológico apreender fenômenos não quantificáveis e essencialmente relacionais – como é o caso do poder – mantém as investigações das causas das doenças em fatores de risco identificáveis, objetivos, mensuráveis. Ignora-se, assim, a complexa relação entre os fatores sociais, o que constitui um dos pontos fortes da perspectiva multicausal.

Com isso, Tesh (1990) nos ajuda a entender porque Matsudo (2007) advoga 30 minutos de agito para as mulheres sedentárias mais pobres (que, segundo ele, têm uma chance 15 vezes maior de serem sedentárias em comparação com as mulheres menos pobres), sem ao menos citar a necessidade de mudanças concorrentes na ordem social, política e econômica, especialmente no que diz respeito à redistribuição de renda e de poder. Trata-se, portanto, de um discurso que veicula o agito de corpos dóceis, afeitos à manutenção da atual ordem socioeconômica. Ou seja, o Agita São Paulo trata a realidade de forma fragmentária e, ao mesmo tempo, estática e objetiva. Sim, porque para se aceitar que 30 minutos diários de atividade física reduzam, por exemplo, o risco de morte prematura, de morte cardiovascular, de desenvolvimento da hipertensão e do câncer de cólon em x% (MATSUDO, ARAÚJO, MATSUDO, 2006), há que se admitir o controle de todo o contexto social, econômico, político e cultural. Em outras palavras, há que admiti-lo imutável.

No entanto, apesar das limitações do método epidemiológico, o Agita São Paulo insiste em estabelecer uma relação direta entre atividade física e saúde, ora causal, ora sinonímica:

Atividade física é saúde: acumule 30 minutos por dia; 30 minutos de exercício: saúde!; Você já agitou hoje? Exercício é saúde! (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998); Andar: passaporte para a saúde! (MATSUDO, ARAÚJO, MATSUDO, 2006); Atividade Física: o certificado de qualidade da sua saúde, Atividade Física: sua hora extra de saúde todo dia (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 199?c).

Metonímia é o recurso de linguagem geralmente empregado nessas táticas persuasivas. Ora, não há como propor recomendações ‘objetivas’ e ‘de rápida assimilação’ que visem à apropriação de informações sem o ‘risco’ da incorporação acrítica de valores (CZERESNIA, 2003). Assim, ao se afirmar que ‘atividade física é saúde’ toma-se a parte pelo todo, transforma-se a atividade física em panacéia para todos os males e ofuscam-se as causas sociais das doenças. Talvez por isso o sedentarismo seja apontado pelo Agita São Paulo como o inimigo número um da saúde pública (AGITA SÃO PAULO, 2006, de 1’32” a 2’03”). Na verdade, trata-se de uma estratégia para tornar a atividade física imune a críticas – afinal, quem pode ser contra a saúde?

Por conseguinte, hábitos e comportamentos inversamente associados [pela epidemiologia] à noção de saúde, como o sedentarismo, passam a ser demonizados e seus adeptos culpabilizados.

Seja inativo: a funerária agradece!; Fique vivo: caminhe (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 1998; [entre 1997 e 2002]); Sedentarismo: vacine-se contra esse mal (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 199?a); Não deixe sua vida no vermelho. Acumule atividade física. 30 minutos por dia fazem a diferença (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 199?b); sedentarismo mata (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS, 2002).

Outra estratégia de se lidar com o risco é a exteriorização, tanto da ameaça propriamente dita, quanto do indivíduo ou grupo considerado mais suscetível a ela (LUPTON, 1995): “**Todos juntos para combater** esse grande **inimigo**, o sedentarismo, que tomou conta da **nossa sociedade** [grifos meus]”, advoga Matsudo (AGITA SÃO PAULO, 2006, de 1’32” a 2’03”). Reparem que a exortação de “todos” à defesa de “nossa sociedade” exclui “esse grande inimigo [...] sedentarismo” do agrupamento humano em que vivemos. Ora, se ‘todos’ (pronome indefinido que expressa idéia de totalidade) integram a ‘nossa’ (pronome possessivo que denota noção de pertencimento) sociedade, o grande ‘inimigo’ (substantivo que indica oposição) não pode dela fazer parte.

Portanto, além de inimigo, o sedentarismo é algo externo à sociedade. Tal configuração inspira a necessidade de união de todos contra um inimigo comum, o que tende a diluir, ou mesmo eclipsar, diferenças sociais, culturais e econômicas. Ao mesmo tempo, porém, a responsabilidade pelo enfrentamento do sedentarismo é atribuída aos indivíduos, por meio da mudança de estilos de vida. A unanimidade em favor da saúde é a mesma contra o sedentarismo, mal a ser banido da sociedade – consideração, aliás, com forte conteúdo moralista.

Assim, a retórica do risco serve a diferentes funções políticas, dependendo de quão controlável o perigo seja percebido. A culpabilização da vítima é uma estratégia que funciona em um tipo de contexto e a culpabilização de um inimigo externo em outro (DOUGLAS 1986 *apud* LUPTON, 1995). Ambos os tipos de atribuição do risco servem para manter a coesão da sociedade, a primeira

protegendo o controle social interno e, a segunda, reforçando a lealdade entre os indivíduos, a despeito das diferenças sociais, culturais e econômicas.

Considerações Finais

O Agita São Paulo, portanto, funda seu discurso da vida ativa exclusivamente nos achados epidemiológicos, tomando-os como neutros, objetivos e verdades absolutas e, alinhado à perspectiva realista do risco, negligencia os condicionantes socioculturais das decisões e práticas humanas. Por conseguinte, o programa demoniza o sedentarismo e culpabiliza seus adeptos, com base em um discurso que busca o consenso, a despeito das diferenças socioeconômicas, e toma a racionalidade humana como musa inspiradora dos comportamentos.

Tal postura sobre o risco, entretanto, deve ser analisada criticamente, sobretudo hoje, quando, na esteira da racionalidade epidemiológica, são cada vez mais numerosas as iniciativas de medição, avaliação e controle dos riscos. Ora, afinal, vivemos na sociedade do risco (BECK, 1992). É ingênua e ilusória, no entanto, a pretensão de total controle dos riscos potenciais à saúde. Primeiro, porque as decisões humanas não são pautadas em critérios exclusivamente racionais. Segundo, porque, como o risco é socialmente construído, seu significado sempre variará no tempo e no espaço. E, terceiro, porque é um discurso que corre infinitamente atrás do próprio rabo. Afinal, qual seria o risco de se considerar 'todos' os riscos – ainda que isso fosse possível? Trata-se, pois, de um discurso que, no limite, é contrário à vida que, para ser vivida, implica riscos. Some-se a isso, finalmente, o papel paradoxal da ciência, que, se por um lado, possibilitou avanços tecnológicos e um relativo controle das incertezas do mundo atual, por outro, gerou ainda mais incertezas e riscos. Hoje, portanto, talvez mais do que nunca, se “navegar é preciso, viver [definitivamente] não é preciso”...

Referências

AGITA SÃO PAULO [DVD]. São Paulo: Secretaria de Estado da Educação/Secretaria de Estado da Saúde/Fundação para o Desenvolvimento da Educação/CELAFISCS, 2006.

ALLMARK, P., TOD, A. How should public health professionals engage with lay epidemiology?

Journal of Medical Ethics. v.32, n.8, 460-463, 2006.

BECK, U. **Risk Society: towards a new modernity**. London: Sage, 1992.

BRICEÑO-LEÓN, R. A Cultura da Enfermidade como Fator de Proteção e de Risco. In: VERAS, R.P., BARRETO, M.L., ALMEIDA FILHO, N., BARATA, R.B. **Epidemiologia: contextos e pluralidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998.

CASTIEL, L.D. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**. v.30, n.1, p.91-100, 1996.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000100012>.

CELAFISCS. **Isto é CELAFISCS**. São Paulo: CELAFISCS, 2004.

CONFEEF. **Entrevista: Dr. Victor Matsudo (Agita São Paulo)**. Educação Física. v.1, p.31, 2002.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

DAVISON, C. Eggs and the Sceptical Eater. **New Scientist**. v.121, n.1655, p.45-49, 1989.

DAVISON, C., SMITH, G.D., FRANKEL, S. Lay Epidemiology and the Prevention Paradox: the implications of coronary candidacy for health education. **Sociology of Health & Illness**. v.13, n.1, p.1-19, 1991.

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Editora Nacional, 1990.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D.C. (org.). **Epidemiologia, Teoria e Objeto**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS. **Sedentarismo: vacine-se contra esse mal**. São Paulo: CELAFISCS, 199?a. 1 folder, color., 21cm x 10cm.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS. **Não deixe sua vida no vermelho**. São Paulo: CELAFISCS, 199?b. 1 cartaz, color., 30cm x 20,5cm.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS. **Atividade Física: o certificado de qualidade da sua saúde**. São

Paulo: CELAFISCS, 1997?c. 1 folder, color., 10,5cm x 21cm.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS. **Agita Galera. Dia da Comunidade Ativa.** São Paulo: CELAFISCS, [entre 1997 e 2002].

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS. **Programa Agita São Paulo.** São Paulo: CELAFISCS, 1998.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO/CELAFISCS. **Isto é Agita São Paulo.** São Paulo: CELAFISCS, 2002.

GUILAM, M.C.R. **O Conceito de Risco:** sua utilização pela epidemiologia, engenharia e ciências sociais. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/mar/fim1.htm>. Acesso em: 7 jun. 2006.

HENNEKENS, C.H., BURING, J.E. **Epidemiology in Medicine.** Boston: Little Brown and Company, 1987.

LUPTON, D. **The Imperative of Health:** public health and the regulated body. London: Sage Publications, 1995.

LUPTON, D. **Risk.** London: Routledge, 2004.

MATSUDO, V. [áudio]. Entrevista concedida ao Programa Papo com Armando Nogueira da SporTV. 22 mar., 2007.

MATSUDO, V.K.R., ARAÚJO, T.L., MATSUDO, S.M.M. Andar: passaporte para a saúde! **Diagnóstico & Tratamento.** v.11, n.2, p.119-123, 2006.

MONTENEGRO, T. Liberado. **Saúde é Vital.** n.286, p.20-25, 2007.

PATE, R.R., PRATT, M.P., BLAIR, S.N., HASKELL, W.L., MACERA, C.A., BOUCHARD, C., BUCHNER, D., ETTINGER, W., HEATH, G.W., KING, A.C., KRISKA, A., LEON, A.S., MARCUS, B.H., MORRIS, J., PAFFENBARGER, R.S., PATRICK, K., POLLOCK, M.L., RIPPE, J.M., SALLIS, J., WILMORE, J.H. Physical Activity and Public Health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA: the journal of the American Medical Association.** v.273, n.5, 402-407, 1995.

PETERSEN, A., LUPTON, D. **The New Public Health: health and self in the age of risk.** London: Sage, 1996.

PLUTARCO. **Vidas Paralelas. Agesilao - Pompeyo.** Buenos Aires: Espasa-Calpe, 1952.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research and practice.** v.19, n.3, p.276-288, 1982.

PROCHASKA, J.O., MARCUS, B.H. The Transtheoretical Model: applications to exercise. In: DISHMAN, R.K. (ed.). **Advances in Exercise Adherence.** Champaign: Human Kinetics, 1994.

TESH, S.N. **Hidden Arguments:** political ideology and disease prevention policy. New Brunswick: Rutgers University Press, 1990.

TOSI, R. **Dicionário de Sentenças Latinas e Gregas.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Este artigo é parte das reflexões desenvolvidas em tese de doutorado defendida na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, em abril de 2008.

Endereço:

Marcos Santos Ferreira
Instituto de Educação Física e Desportos
Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 9138 F
Maracanã
Rio de Janeiro RJ Brasil
20550-900
Telefone: (21) 2587.7748 e 7641/7120
e-mail: msantosferreira@uol.com.br

Recebido em: 2 de fevereiro de 2009.
Aceito em: 5 de maio de 2009.



Motriz. Revista de Educação Física. UNESP, Rio Claro, SP, Brasil - eISSN: 1980-6574 - está licenciada sob [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)