DOI 10. 5216/ o.v18i2.51341

DOR, FUTEBOL E RELAÇÕES DE PODER: ANALISANDO CONSENSOS, REVELANDO CONFLITOS

Leonardo Turchi Pacheco[*]

César Teixeira Castilho[**]

Resumo: O objetivo desse artigo é o de refletir sobre as narrativas da medicina e fisioterapia esportiva para dar sentido a dores e lesões nos corpos de atletas de futebol. Para tal realizamos a análise de dois consensos e um protocolo – Consensos de Doha e Munique, e do Protocolo FIFA11+ – aos quais fomos apresentados em uma palestra de fisioterapeutas esportivos de um grande time de futebol da capital paulista. Fundamentados nesses documentos e nos dados coletados na palestra, exploramos as relações de poder e os conflitos entre alguns atores do campo esportivo na tentativa de propor uma classificação e uma sensação legítima de dor e de lesão nos corpos dos atletas. Concluímos que, através da linguagem legítima e autorizada, os discursos sobre a dor e a lesão adquirem um estatuto de verdade, enquadrando os atletas a experimentarem sua condição de sujeito, quando lesionados, em uma das categorias construídas pelos consensos.

Palavras-chave: Dor; Futebol; Relações de poder.

[*] Professor Adjunto do instituto de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Doutor em História Social da Cultura pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Sociologia da Cultura pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bacharel em Ciências Sociais com ênfase em Antropologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Tem experiência n as áreas de Antropologia e História. Trabalha com os seguintes temas: masculinidade, envelhecimento, esporte, juventude, corporalidade, identidade, relação de gênero e violência de gênero. E-mail: leonardoturchi@gmail.com

[**] Pós-Doutorando em Estudos do Lazer – UFMG. Doutorado em "Sciences du Sport e du Mouvement Humain" - Université de Paris-Sud (Paris 11). Mestrado em Estudos do Lazer – UFMG. Graduação em Ed. Física – UFMG. E-mail: castcesarster@gmail.com

PAIN, SOCCER AND POWER RELATIONS: ANALYZING CONSENSUS, REVEALING CONFLICTS

Abstract: The aim of this article is to reflect upon the narratives of sports physiotherapist and doctors to make sense of pain and injuries in the soccer player's bodies. Therefore, based on the analysis of two consensus and one protocol – Doha and Munich Consensus, and the FIFA 11+ Protocol – all of which were presented in a conference held by the physiotherapists of one of the most traditional soccer squad of São Paulo city, our intention is to explore the power relations and conflicts among some of the actors involved in the sports field. In this way we wish to reveal the struggle among these actors to classify and legitimate pain and injury suffered by the athletes' bodies. In conclusion we point out that through an authorized and legitimatized language the discourses about pain and injury acquire a statement of truth that subjects the athletes to submit into one of the categories produced by the consensus.

Keywords: Pain; Soccer; Power relations.

DOLOR, FÚTBOL Y RELACIONES DE PODER: ANALIZANDO CONSENSOS, REVELANDO CONFLICTOS

Resumen: El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los relatos de la medicina y la fisioterapia deportiva para dar sentido a los dolores y lesiones en los cuerpos de atletas de fútbol. Para ello, efectuamos el análisis de dos Consensos y un Protocolo - Consensos de Doha y Múnich, y del protocolo FIFA11 + - a los cuales fuimos presentados en una conferencia de fisioterapeutas deportivos de un gran equipo de fútbol de la capital paulista. Fundamentados en esos documentos y en los datos recogidos en la conferencia investigamos las relaciones de poder y los conflictos entre algunos actores del campo deportivo, intentando proponer una clasificación y una sensación legítima de dolor y de lesión en los cuerpos de los atletas. Concluimos que, a través del lenguaje legítimo y autorizado, los discursos sobre el dolor y la lesión adquieren un estatuto de verdad, encuadrando a los atletas a experimentar su condición de sujeto, cuando lesionados, en una de las categorías construidas por los consensos.

Palabras clave: Dolor; Fútbol; Relaciones de poder.

Introdução

Esse artigo é um desdobramento de uma pesquisa que ocorreu durante os anos de 2015 e 2016.[1] Nesse período acompanhamos como observadores e, algumas vezes, como participantes, dois projetos de extensão em uma Universidade Federal do Sul de Minas Gerais. Esses projetos eram intitulados "Liga da dor" e "Atletas sem dor". Em ambos, orientados por docentes do curso de fisioterapia, discentes da graduação e da pós-graduação se encontravam para debater artigos sobre a dor, no caso da "Liga", e para observar e praticar a fisioterapia esportiva no ambulatório localizado na quadra de esportes da universidade durante os Jogos entre as atléticas da instituição, no caso dos "Atletas".

Em uma dessas visitas a campo fomos informados sobre uma palestra que aconteceria como parte de um evento de fisioterapia em que dois fisioterapeutas esportivos de uma grande e tradicional equipe de futebol da capital paulista seriam os expositores. Ao comparecer à palestra entramos em contato com os Consensos de Doha (CD) e Munique (CM) e com o programa de prevenção de lesões FIFA Eleven Plus (FEP).

Esse artigo tem como objetivo refletir sobre as narrativas da fisioterapia/medicina esportiva para dar sentido ao corpo do atleta em relação a dores e lesões. Para isso utilizamos como ferramenta metodológica a análise interpretativa das narrativas dos palestrantes e dos consensos e programas mencionados acima.

Nesse sentido, o texto está dividido em duas partes. A primeira, intitulada analisando consensos, descreve o CD e o CM e analisa a normatização e classificação desses consensos sobre as dores e lesões dos atletas. Verifica-se que nessa normatização está em jogo, entre os atores da área da saúde esportiva – no caso, médico e fisioterapeutas –, o reconhecimento do sentido da dor e lesão, através da legitimidade do vocabulário científico. Na segunda parte, intitulada revelando conflitos, incorpora-se a análise do FEP para apontar as relações de poder e negociações entre atores do campo esportivo.

Analisando consensos

30 de setembro de 2015, uma quarta-feira à noite, observamos de dentro do ambulatório da quadra de esportes de uma universidade do sul de Minas Gerais o jogo entre as equipes femininas de futsal da letras e da nutrição. Nossa intenção era a de observar como se dá a relação entre fisioterapeuta e atleta machucado. Para o nosso azar ninguém se machuca nesse dia, não havendo assim interação entre esses dois atores. Mas nada está perdido, no final das partidas que se seguiram somos informados que haverá uma mesa redonda na sexta-feira, intitulada *Fisioterapia Esportivo no Futebol*, em que dois fisioterapeutas de um clube da primeira divisão paulista serão os palestrantes.

Dois dias depois presenciamos a palestra como ouvintes.[2] Através da exposição dos fisioterapeutas somos apresentados a dois consensos e a um programa de prevenção de lesão – CD, CM e o FEP.

Nenhum dos dois fisioterapeutas se atém detalhadamente a esses consensos e programa. Eles os citam como indicadores para melhorar suas próprias práticas no clube em que trabalham. Reforçam que eram frequentes quatro tipos de lesões – lesões musculares, entorse de joelho, dores na virilha e entorses de tornozelo – e que com o "protocolo" que eles propuseram, baseados nos consensos e no programa, elas diminuíram consideravelmente. Para ilustrar o resultado, um deles exibe uma foto de um jogador e comenta: "V. famoso, né? Ele saiu de lá e isso já melhorou bastante as nossas estatísticas (risos)".

Mas o que são esses Consensos ?

Em 4 de novembro de 2014, 24 *experts* de 14 países reunidos no *Aspetar Orthopedicand Sports Medicine Hospital* em Doha, no Qatar, redigiram um documento – Consenso de Doha –, que se transformou em um artigo, com o objetivo de produzir definições claras das dores e lesões de virilha e colher dados para comparar o atleta de elite de futebol com os de outras categorias.

A partir do resgate e da problematização de 34 artigos de revisão internacional sobre dor e lesão na virilha no contexto do futebol profissional, os autores do documento (WEIR et al., 2015) propuseram uma taxonomia e uma definição homogênea para a dor e lesão da virilha para classificar os atletas.

> A reunião do encontro de Doha sobre terminologia e definições de dor na virilha em atletas chegou a um consenso sobre uma taxonomia clinicamente baseada usando três categorias principais. Essas definições e terminologia são baseadas em histórico e exame físico para categorizar os atletas, tornando-as simples e adequadas tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa. (WEIR et al., 2015, p. 768, tradução nossa).[3]

Um termo guarda-chuva foi eleito – "*groin pain*" (lesão/dor na virilha), para definir homogeneamente a entidade clínica. A escolha da lesão na virilha não é desprezível visto que, segundo o próprio documento, tal lesão é responsável por 4-19% de todas as lesões diagnosticadas em atletas de futebol masculino, e entre 2-4% nas atletas femininas. Esse termo engloba uma série de outros termos para que os médicos e fisioterapeutas classifiquem e compreendam os sintomas e sinais exibidos pelos atletas. Esses termos foram relacionados com a dor na virilha associada ao 1) músculo adutor, ao púbis e ao iliopsas, 2) ao quadril e a 3) outras suspeitas clínicas – devido a sua relação com uma multiplicidade de diagnoses.

A segunda parte da palestra se atém ao "protocolo" de prevenção de lesão muscular para o melhor rendimento e desempenho do atleta e da equipe. Logo de início a menção ao CM é feita para ilustrar as classificações reconhecidas para a lesão muscular.

O CM foi realizado dois anos antes do CD, em 2012, na cidade de Munique na Alemanha (MUELLER-WOHLFART et al., 2013). O encontro, que resultou em um documento, e assim como o de Doha, em um artigo científico de revisão, teve financiamento do centro ortopédico e treinamento do Bayer de Munique, das empresas de material esportivo e de automóveis, Adidas e Audi respectivamente.[4] Esse consenso foi elaborado por 14 autores a partir da análise de um *survey* com 30 médicos de times e cientistas que tinham como língua nativa o inglês.

A partir das respostas desses sujeitos, os autores encontram uma série de inconsistências no que tange à terminologia utilizada para se referir à lesão muscular. Indicam que vários

termos, que vão desde rasgar, passando por estresse, fadiga até pressão muscular, foram utilizados para descrever a lesão muscular.

Segundo análise realizada por esses profissionais, essa heterogeneidade dificultava a comunicação e as estratégias de tratamento pelos médicos. Portanto, na tentativa de padronizar a terminologia os autores do documento deslegitimam as padronizações anteriores, entendidas como simplistas e cheia de lacunas, e desenvolvem um sistema classificatório da dor/lesão muscular em duas partes, com uma série de subdivisões precisamente definidas. A descrição de todas as variáveis e a forma classificatória da lesão e da dor não deixam dúvidas sobre a precisão em compor uma definição, identificar os sintomas, os sinais clínicos específicos, a localização deles no corpo e a possibilidade de se observar esses fenômenos por ultrassonografia.

Ao ler o documento é possível verificar o grau de sofisticação das classificações e definições. Nele fica-se sabendo que as lesões são repartidas em dois blocos: as lesões por contato físico e sem contato físico. As sem contato físico podem ser divididas em dois grupos: o distúrbio muscular funcional e as lesões musculares estruturais. O distúrbio muscular funcional descreve desordens sem evidência macroscópica de rompimento de fibra. As lesões musculares estruturais descrevem lesões estruturais com evidências macroscópicas de ruptura de fibra. Desses dois grupos se depreendem dois outros subgrupos mais específicos com dois tipos de descrição para cada dor ou lesão. Tem-se que essa parte funcional é subdividida em dois subtipos de distúrbios musculares. O tipo 1 se refere ao esgotamento muscular e está subdividido em tipo 1 A e tipo 1 B. Nesses tipos de distúrbios os sintomas são dores e inflamações. A musculatura fica tensionada e nada aparece no ultrassom. O tipo 2 se refere a distúrbios neuromusculares. O tipo 2 se divide em 2 A "*spine related*" e 2 B "*muscle related*". Essas dores não aparecem no ultrassom, mas seus sintomas são descritos como "*pressure pain*" e "*cramp-like pain*". Do lado estrutural aparece também um subgrupo com mais três tipos de lesão. Essas são observáveis no aparelho de ultrassom e seus sintomas são descritos por "*dull pain*", "*sharp needle like or stabbing pain*", ou até a perda de equilíbrio do atleta. O inchaço e a dificuldade de locomoção são os sinais clínicos observados.

Esses dois consensos permitem abordar questões importantes para se pensar a dor e a lesão. Uma delas diz respeito ao sistema de classificação e normatização. Essa questão se desdobra na construção de hierarquias e apropriação de uma linguagem autorizada do discurso de poder-saber.

Durkheim e Mauss (2005) em um texto clássico já afirmavam que "a classificação das coisas produz esta classificação dos homens" indicando que o processo de classificação é um processo de distribuição de sujeitos a partir de certas regras sociais, de "certas maneiras de conceber as coisas". Assim, segundo esses autores, a lógica estabelecida para se classificar fenômenos produz uma ordem hierárquica.

Ao classificar e impor uma ordem sobre determinado fenômeno o que se verifica é o estabelecimento de uma hierarquia que representa as posições das coisas e simultaneamente desvela as distinções sociais. Como indicam Hertz (2007) e Douglas (2007), as hierarquias não somente estabelecem relações de poder e vínculos sociais entre pessoas, mas também

produzem divisões entre coisas/noções sagradas e profanas, puras e impuras, ordem e desordem. No caso da área da saúde, de uma maneira global, tais classificações solidificam ainda mais a hierarquização do saber médico sobre os outros profissionais da área e, consequentemente, uma reserva de mercado já existente há algumas décadas nesse âmbito. Tal noção encontra-se introjetada na sociedade através de valores e distinções sociais resultando o que conhecemos como o "poder político do saber médico" (FOUCAULT, 1972). Como nos alerta Corbin; Courtine e Vigarello "se o médico se tronou um perito em todos os assuntos públicos e privados, é porque toda pessoa saudável é um doente que se ignora" (CORBIN et al., 2008, p. 19).

Na proposição dos dois consensos é possível observar que através da nomeação e normatizações dos usos legítimos das categorias dor e lesão uma hierarquia do campo científico se revela através da linguagem. Bourdieu (2008) ao se deter sobre as "operações sociais de nomeação" propõe que as palavras não possuem poder em si mesmas, mas que elas adquirem poder através de lutas para serem reconhecidas como legítimas. Nessas lutas de saber-poder há um porta-voz (instituição) das palavras legítimas e estas só adquirem sua eficácia e autoridade simbólica quando são proferidas em lugares específicos por pessoas específicas. Nesse sentido, pode-se apontar para uma hierarquia, pois que as classificações e os termos estabelecem limites e fronteiras para o uso tanto da língua apropriada como das pessoas apropriadas para utilizá-la. Pode-se apontar também para uma hierarquia do ato de nomear as coisas e fazê-las representar a realidade.

É isso que diz Bourdieu,

> [...] a luta entre classificações, dimensão de toda luta de classes, traz a constituição das classes, classes de idade, classes sexuais ou sociais, clãs, tribos, etnias ou nações. Conferindo a linguagem e, de modo mais geral, as representações uma eficácia propriamente simbólica de construção da realidade a teoria neokantiana é perfeitamente procedente quando se aplica ao mundo social: ao estruturar a percepção que os agentes sociais têm do mundo social, a nomeação contribui para constituir a estrutura desse mundo, de uma maneira tanto mais profunda quanto mais amplamente reconhecida (isto é autorizada). Todo agente social aspira, na medida de seus meios, a este poder de nomear e de constituir o mundo nomeando-o [...] (BOURDIEU, 2008, p. 81).

Ora, é justamente isso que fica explicitado no CD quando nesses documentos seus propositores argumentam que a escolha do termo "*groin pain*" (dor na virilha) foi a opção por um termo direto, fácil de ser usado no dia a dia – dos médicos e fisioterapeutas, talvez? – e generalizável. É isso que se percebe também no documento ao argumentar que o termo permite substituir uma série de outros termos "cientificamente dúbios" e leigo-populares, como "*athletic pubalgia*", "*athletic groin pain*", "*sports groin pain*", "*sportsmen's groin*", "*sports hernia*".

A dor, já há algum tempo compreendida como doença e não mais como sintoma (FIGUERÓ, 2000), ao ser classificada pelos chamados "consensus universais", perde todo o seu caráter individual, subjetivo e multidisciplinar. Percebemos que no mundo do esporte de elite, em virtude sobretudo da pressão econômica incessante, tais considerações e sutilezas relativas ao diagnóstico, ao prognóstico e à prevenção de lesões musculares, entre outras, não

têm espaço e o atleta é visto como produto a ser explorado ou descartado dependendo das circunstâncias. O futebol americano, exemplo máximo dessa perspectiva neoliberal esportiva, chega ao ponto de burlar e manipular lesões cerebrais evidentes oriundas dos choques entre os atletas, as chamadas "encefalopatias traumáticas crônicas", em virtude do aspecto econômico do esporte mais rentável do mundo (STRAIN et al., 2013).

Rabinow (1999), assim como Bourdieu (2008), nos dá argumentos para pensar a associação entre lutas políticas e relações de poder baseadas em tipos de saber quando propõe uma leitura de Foucault sobre governamentalidade e asujeitamento. Nessa leitura, Rabinow (1999) aponta que os regimes de saber/poder (científico) constroem discursos de verdades assentados em práticas que têm por finalidade as divisões (classificações e categorizações que constituem divisões e se ramificam em outras divisões dentro dessas divisões). Estas práticas são práticas de exclusão no sentido em que produzem identidades e alteridades a partir do disciplinamento e subjetivação do corpo das pessoas. Em suma, classificam-se e nomeiam-se dores e lesões para darem sentido a essa experiência de maneira uniforme, ao mesmo tempo em que se autoproclamam como as pessoas autorizadas a utilizar a linguagem criada para identificar essas noções. E ademais, constroem discursos de verdades sobre essas experiências para objetificar os sujeitos passíveis de sofrê-las.

Turner, ao também resgatar Foucault, afirma que "o conhecimento produz o desejo para poder controlá-lo" (TURNER, 2014, p. 82). Será que poderíamos afirmar o mesmo em relação ao conhecimento sobre a dor e a lesão? O conhecimento produz a dor para poder controlá-la?

Orterga e Zorzanelli (2010) quando refletem sobre "o papel da tecnologia de visualização médica na construção social e cultural da doença" parecem dar uma resposta positiva a essa questão. Para os autores as tecnologias das ciências médicas e as novidades biotecnológicas recriam e redefinem a noção de saudável e patológico, e de sujeito ou objeto de seu discurso de verdade. Eles argumentam que a evidência das doenças e sua veracidade estão associadas às máquinas que decifram as doenças. Os autores não se detêm sobre a dor. Mas será que a evidencia e a veracidade da dor também não passariam pelo exame de máquinas decifradoras de lesões submetendo o corpo do atleta ao jogo das relações de poder? Nesse sentido, não poderíamos afirmar que as máquinas decifradoras de lesões tornam os corpos lesionados corpos dóceis?

Concordamos com esses autores na medida em que identificamos uma tentativa dos dois consensos de delimitar, através da nomeação, os sintomas dos sinais clínicos específicos, do órgão em que a lesão será refletida e a possibilidade de se observarem esses fenômenos por tecnologias da ciência médica, e os sentidos da dor e da lesão para ter a certeza de poder controlá-las. Outra questão que os consensos deixam pensar se refere ao caráter universal da experiência de dor e lesão. Quando Le Breton (2013) apresenta o caráter simbólico e histórico cultural da noção de dor aponta para a não universalidade das experiências. Essa última característica vai de encontro aos consensos na medida em que estes normatizam as experiências tornando-as universais. O mundo esportivo parece ignorar a "singularidade do corpo" e a gestão personalizada da dor como "estranheza legítima" do indivíduo (CORBIN et al., 2008).

Assim, observamos que os dois consensos produziram uma classificação para normatizar as dores e lesões dos atletas e fazendo isso normatizaram também as possibilidades de um atleta sentir um determinado tipo de dor e lesão. Fora dessas classificações, o atleta que experimentar uma dor/lesão não catalogada seria estigmatizado como sendo "chinelinho" e "canela de vidro", seria acusado de estar dando um "migué" para não treinar e jogar, seria um mentiroso. Enfim, teria sua identidade definida pela lesão e dor que experimenta e sua narrativa desautorizada. O ônus da responsabilidade recai sobre o atleta e indica uma falha de caráter, uma fraqueza de vontade, um lapso de autocontrole racional (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010).

Revelando conflitos

No meio da palestra um dos fisioterapeutas se refere à dor que não aparece nas imagens. Ele diz que ao apalpar o local, qualquer que seja o músculo, é possível identificar a veracidade da dor sentida. Nesse momento, faz uma voz de deboche e imita um diretor de clube imaginário que diz: "esse jogador está de 'migué', a lesão não aparece nas imagens!"

Mais adiante, quase no final da palestra o seu companheiro afirma: "Nós somos profissionais tão importantes como os médicos" [mostra a foto do jogador "Luizito" Soares indo comemorar um de seus gols com o fisioterapeuta da equipe uruguaia em forma de agradecimento pelo tratamento que proporcionou a sua recuperação para jogar a Copa do Mundo no Brasil].

Assim termina a palestra.

Essas duas narrativas acrescentadas aos consensos e ao programa da FIFA de reabilitação nos permitem abordar os conflitos e as negociações entre os atores envolvidos com as lesões e dores. Uma dessas negociações está diretamente relacionada ao FEP. O FEP é um programa de "aquecimento completo" organizado por Bizzini, Jange e Dvorak (2007) – equipe médica e fisioterapêutica da FIFA – que pretende evitar e reduzir os riscos de lesão sem contato. O próprio documento aponta para os benefícios do programa como sendo "uma investigação clínica de envergadura (...) e de redução de 30% a 50% das lesões" (BIZZINI et al., 2007, p. 4).[5]

Ao se ler o programa é possível compreender que ele é dividido em três partes totalizando quinze exercícios em sequência. A parte um é composta por exercícios de corrida em velocidade reduzida acrescidos de alongamentos ativos e contatos controlados com o parceiro. A parte dois é composta por um conjunto de seis exercícios, cada um com três níveis de dificuldade crescente que enfocam as pernas, o equilíbrio, a agilidade e a pliometria. A parte três é composta por exercícios de velocidade moderada e elevada combinados com movimentos de mudanças de direção.

Como informa o documento, cada um desses exercícios previne algum tipo de lesão. Assim no nível 1 há o que é chamado de treino de centro, que procura a estabilidade do centro, da postura corporal e fortalecer os músculos do tronco (abdominais, músculos extensores das costas), o que por sua vez previne lesões no joelho. O exercício de equilíbrio integra um

sistema complexo de ações musculares, que por sua vez previne lesões no joelho e tornozelo. O de pliometria combinado com o de agilidade e a mudança rápida de ação muscular previnem lesões do ligamento cruzado anterior, joelho e tornozelo.

Além dessa classificação e detalhamento corporal, é intrigante observar que o documento enfoca o papel do treinador (ao invés de o do preparador físico, por exemplo) como um vigilante atento à corporeidade dos seus jogadores. A ele caberia "começar por sublinhar a importância da prevenção de lesões. Só depois de todos os jogadores entenderem bem essa mensagem é que deverá dar início à explicação e instrução dos exercícios" (BIZZINI et al., 2007, p. 12). Nesse sentido, sugere que o treinador faça os atletas entenderem os benefícios e eficiência do programa, os supervisione no exercício, "todos os erros devem ser corrigidos atentamente", e os motive e incentive a praticarem o método.

Em um artigo que explora a relação de poder e sexualidade em Elias e Foucault, Pacheco (2009) debruça-se, entre outras questões, sobre uma das fases foucaultianas em que esse autor refletia sobre o poder através dos aparatos de disciplinarização do eu na modernidade. O olhar vigilante do panóptico regulava as atividades dos corpos fazendo com que as ações dos indivíduos, ao longo do tempo, fossem realizadas de maneira normativa, mesmo que não houvesse vigilância externa alguma, tornando a resistência em algo residual, fazendo dos corpos dóceis. Foucault, no entanto, como indica Pacheco (2009), naquele momento, ao contrário do que pensa Turner (2014), não se furtou em revelar que não há rede de poder exercido sem uma contra rede de resistência.

No caso da FEP em relação à prevenção de lesões e dos CD e CM em relação à identificação e classificação de dores e lesões, é possível pensar conflitos e estratégias de negociação entre atletas, treinadores, médicos e fisioterapeutas – com a balança de poder pesando para um lado ou outro dependendo das disputas na configuração desse campo que interlaça esportes e saúde.[6] É isso que mostra Bittencourt (2015) quando estuda a categoria de base do Atlético Paranaense e se depara com as tecnologias para domesticar o corpo do atleta em formação. Esse autor revela que a dor é colocada em pauta e verbalizada como uma estratégia dos atletas para serem dispensados de treinamentos e jogos menos importantes.[7] Ao passo que pode ser escondida, suprimida e desrespeitada (WHITE et al., 1995) quando o jogo é importante e a ameaça à titularidade é percebida como eminente.

Por outro lado, a balança pode tender para a direção do treinador e das necessidades da equipe, como sugeriram Roderick, Waddington e Parker (2000) ao abordarem, entre os futebolistas ingleses, a prática de se jogar mesmo que machucado. Nesse artigo os autores revelam que há uma coerção por parte dos companheiros da equipe, dos treinadores e da direção para que os atletas machucados atuem em qualquer condição. Essa coerção é baseada em valores do campo esportivo, que associa o sacrifício em prol do coletivo, mesmo que essa ação possa determinar o encerramento da carreira do atleta, a uma atitude correta e respeitada pelos pares – ao passo que aqueles que não se sacrificam são considerados menos viris e sofrem uma série de reprimendas, que vão desse do estigma de "viadinho" até o completo isolamento do grupo nos treinos.

Waddington (2006), em um artigo que explora os problemas éticos para o conhecimento médico sobre lesões nos esportes, reforça a sua posição no artigo escrito com Roderick e Parker (RODERICK et al., 2000) e complementa indicando outros motivos que fazem o jogador se submeter a jogar machucado:

> [...] Jogar lesionado é uma parte normal e aceita da vida de um jogador de futebol profissional, e tentarão jogar lesionados por vários motivos. O primeiro deles é o medo de perder seu lugar na equipe, o que é um medo muito real para todos, exceto para uns poucos jogadores que já são consagrados. Os jogadores também tentarão continuar jogando se a equipe tiver uma série de jogos particularmente importantes. Além disso, a maioria dos jogadores tem uma forte autoimagem e senso de orgulho profissional; pois o futebol é o único trabalho que já realizaram e o único trabalho que eles sabem fazer, e muitos jogadores descreveram a frustração que eles experimentaram quando não conseguem jogar. (WADDINGTON, 2006, p. 187, tradução nossa).[8]

Na sequência, quando o autor explora questões éticas que envolvem a prática da medicina esportiva, ele assinala que uma delas é a questão da confidencialidade e consentimento entre médico e paciente. Waddington (2006) indica que há um conflito de interesses entre o que é tradicionalmente entendido como a relação entre médico e paciente fora do esporte, e as decisões tomadas pelos médicos quando empregados em um clube de futebol.[9]

Se a relação tradicional entre médico e paciente prega o uso da habilidade do médico exclusivamente para o paciente, no clube de futebol esta lealdade é fraturada pela dependência do médico a alianças com seus superiores hierárquicos. Então, se em condições tradicionais o médico não atua em nome ou interesse de nenhum agente que possa prejudicar a saúde e bem estar do paciente, nos clubes o médico sofre pressão de técnico e diretores para que o atleta entre em campo mesmo que machucado. Se em condições tradicionais o médico precisa manter a intimidade e confiabilidade do paciente, nos clubes essas características também são atravessadas por demandas que fazem conflitar a responsabilidade em relação ao jogador e a responsabilidade em relação ao clube. Essa tensão faz com que o jogador omita informações da própria saúde que são relevantes. Mas como toda história tem dois lados; como informa Waddington, a balança de poder pode pender para a direção do médico na medida, mesmo que isso reflita uma falta de ética absurda, em que ele tem informações que podem comprometer os jogadores e impedir que consigam melhores contratos com outros clubes.

Como se percebe, são múltiplas as negociações para se controlar o corpo do atleta em relação à definição das noções de dor e lesão, como também são múltiplos os atores envolvidos nessas disputas pelo discurso verdadeiro da experiência dessas noções.

Conclusão

Ao concluir o artigo, gostaríamos de enfatizar uma relação entre os consensos. Em Doha como em Munique é a justificativa de facilitar a comunicação entre os médicos em relação ao diagnóstico e o tratamento das dores de virilha e lesões musculares que os discursos enfocam.

Em ambos os consensos observa-se a preocupação com a precisão das definições taxonômicas das desordens corporais, seus sintomas, condições clínicas e visibilidade por aparatos técnicos medicinais. Ademais se observa, através da linguagem autorizada, estabelecer uma hierarquia que identifica as instituições e os profissionais autorizados a falar sobre lesão e dor. Os discursos sobre a dor e a lesão adquirem um estatuto de verdade, forçando os atletas a experimentarem sua condição quando lesionados em uma das categorias construídas pelos consensos. Quando esse não é o caso, a ameaça do estigma e a responsabilização do próprio atleta são os preços a se pagarem pela não adequação da dor e lesão ao quadro clínico reconhecido e legitimado pela ciência médica.

Assim como o FEP quando traça os benefícios da prevenção das lesões, os consensos também colocam as justificativas para normatizar e classificar na lógica da eficiência e desempenho da equipe em contraposição à saúde do atleta. A adesão aos consensos e ao programa da FIFA não se justifica somente pela melhoria da qualidade da prática do esporte para os atletas, mas também e mais importante pelo lucro que a equipe aufere com a diminuição de lesões dos jogadores.

Nesse sentido, compreendemos que o mundo do esporte de elite, na contramão de todo um novo discurso contemporâneo relativo à dor como doença e não como sintoma, ignora o caráter multideterminado da dor, pois ao falar de "dor", falamos da confluência, entre outros, de fatores genéticos, de aprendizado, étnicos, comportamentais, morais, religiosos e psicológicos, que determinam a abordagem diagnóstica e terapêutica multiprofissional e multidisciplinar (FIGUERÓ, 2000). Não existe tempo de reflexão no âmbito esportivo, o hoje, muitas vezes, já representa o passado e a perda de cifras econômicas inimagináveis.

Por fim, se observa que todas essas tentativas de normatização do corpo do atleta sofrem em contrapartida resistências dos próprios atletas e demandam uma série de negociações que refletem as relações de poder dentro do campo que intersecciona questões envolvendo a ciência da saúde e o esporte.

Notas

1 A pesquisa era intitulada "Reconhecer a dor; saber cuidar do corpo: um estudo etnográfico sobre o processo de aprendizagem de fisioterapeutas e enfermeiros em Alfenas – MG e Poços de Caldas – MG" e contou com o financiamento do Edital MCTI/CNPQ/Universal 14/2014.

2 Na primeira parte da palestra é abordado o "protocolo" adotado pelos profissionais. Este se constitui em três níveis. O primeiro é chamado de prevenção de saúde e acontece na pré-temporada com uma equipe multidisciplinar que se preocupa com a dieta, a preparação física, médica, psicológica, fisiológica dos atletas. O segundo é chamado de riscos relacionados à prática e o terceiro de reabilitação com prevenção. No primeiro nível todos os atletas são submetidos ao protocolo. No segundo e terceiro níveis somente o atleta lesionado é submetido ao protocolo. Nesses dois últimos níveis do protocolo, o departamento de fisiologia e o de fisioterapia contribuem conjuntamente no trabalho de recuperação do atleta. Isso ocorre mediante um treinamento especializado no órgão lesionado, no acompanhamento de reabilitação e no reforço de prevenção de futuras lesões no mesmo órgão.

3 No original: "The Doha Agreement meeting on terminology and definitions of groin pain in athletes reached a consensus on a clinically based taxonomy using three major categories. These definitions and terminology are based on history and physical examination to categorize athletes, making it simple and suitable for both clinical practice and research" (WEIR et al., 2015, p. 768).

4 A marca de material esportivo Adidas, fundada em 1920 pelos irmãos Adolf e Rudolf Dassler, encontra-se associada ao esporte de elite desde os Jogos Olímpicos de 1928, com sede em Amsterdã. Segundo Simson e Jennings (1992), diversos escândalos relacionados à propina, ao doping e à manipulação de resultados no contexto dos Jogos Olímpicos possuem relação direta com as marcas de material esportivo, em especial a Adidas.

5 O CM também traça os benefícios de identificar as lesões musculares por meio de porcentagens de presença dos atletas nos jogos e as partidas. Assim, no documento está indicando que: "O fato de que um time de futebol masculino de elite com um plantel de 25 jogadores pode esperar em torno de 15 lesões musculares por temporada com um tempo médio de ausência de 223 dias, 148 sessões de treino e 37 jogos perdidos demonstram sua grande relevância para os atletas e também para os clubes [...] em particular nos atletas de elite, onde as decisões sobre o retorno e disponibilidade de jogar têm uma importância financeira ou estratégica significativa para os jogadores e para a equipe, o interesse em otimizar o processo de diagnóstico, terapêutico e reabilitação após lesões musculares, minimizar a ausência do esporte e reduzir as taxas de recorrência é enorme" (MUELLER WOHLFART et al., 2013, p. 343, tradução nossa). É curioso notar que a perda de eficiência da equipe, a perda de pontos importantes, os dividendos e a possibilidade de não auferir lucro durante o campeonato são aspectos mais enfatizados do que a saúde e o bem-estar do atleta.

6 Essa relação entre esportes e saúde está longe de ser fidedigna, visto que, notadamente no que concerne ao esporte de alto rendimento, a prática esportiva pode ser vista como o oposto da saúde, como nos alerta Carvalho (1995), já no título do seu livro, O "*mito*" da atividade física e saúde.

7 Em entrevista para um programa da ESPN Brasil, Renato Augusto, então jogador do Corinthians, contou uma história de como burlou o primeiro treino em que iria participar no rigoroso inverso alemão quando foi contratado para atuar pela equipe do Bayer 04 Leverkusen. Segundo o relato, ele chegou ao vestiário e reclamou que estava sentido uma fisgada na coxa, uma dor. O fisioterapeuta alemão apalpou diversas vezes o local, fez uma ressonância magnética e não encontrou nada. A tensão entre os dois ficou insuportável, o que fez com que o fisioterapeuta suplicasse para que o jogador dissesse a verdade sobre a presença ou ausência da dor. O jogador constrangido disse que não sentia nada e só não queria treinar naquele frio. O Fisioterapeuta exclamou: "Ah! Esses brasileiros, hein!"

8 No original: "[...] players accept playing while injures as a normal part of the life of a professional footballer, and they will try to play through injury for any one of a number of reasons. Foremost among these is the fear of losing their place in the team, which is a very real fear for all but a handful of very well established players. Players will also try to continue playing if the team has a series of particularly important game coming up. In addition, most players have strong self-image as professional footballers and a strong sense of professional pride; for many players, playing football is the only job they have ever done and the only job they know how to do, and many players described the frustration which they experienced when they are unable to play." (WADDINGTON, 2006, p. 187).

9 Quando em campo perguntamos a um docente que havia trabalhado em um clube de futebol do sul de Minas Gerais se era possível fingir a lesão e como eles identificavam que o atleta estava falando a verdade ou não, ele disse que já havia experimentado uma situação dessas. No caso, um dos atletas, que havia acabado de conseguir um contrato melhor e queria sair do clube em que atuava, combinou com ele que iria cair em campo e fingir uma lesão. O atleta fez a encenação e ele para se proteger

em relação ao seu emprego realizou os exames no atleta. O exame não identificou lesão. Então ele se reuniu com a direção do clube e mostrou os resultados do exame, o que fez o atleta a confessar que não havia machucado e que na verdade não tinha intenção de atuar pelo clube, mas usou a lesão para ser dispensado – o que de fato aconteceu.

Referências

BITENCOURT, Fernando. Dor e corpo no Futebol: uma etnografia do mundo vivido em um centro de treinamento de um clube brasileiro. **Esporte e Sociedade**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 26, p. 1-21, set. 2015.

BIZZINI, Mario; JUNGE, Astrid; DVORAK, Jiri. **FIFA 11+ A complete warm-up programme to prevent injuries**. Zurich: F Marc Football for Health, 2007.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas linguísticas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

CARVALHO, Yara M. **O "Mito" da atividade física e saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

CORBIN, Alan; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo**: as mutações do olhar. O século XX. São Paulo: Editora Vozes, 2008.

DOUGLAS, Mary. **Natural Symbols**. New York: Routledge, 2007.

DURKEIM, Emile; MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: MAUSS, M. **Ensaios de Sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 359-456.

FIGUERÓ, João Augusto. **A dor**. São Paulo: PubliFolha, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Naissance de la Clinique**. Paris: Presses Universitaires de France, 1972.

HERTZ, Robert. The pre-eminence of the right hand: a study in religious polarity. In: LOCK, M.; FARQUHAR, J. (Ed.). **Beyond the body proper**. London: Duke University Press, 2007. p. 30-40.

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP, 2013.

MUELLER-WOHLFART, Hans Wilhelm; HAENSEL, Lutz; MITHOEFER, Kai.; et al. 2013. Terminology and classification of muscle injuries in sport: The Munich consensus statement. **British Journal of Sports Medicine**, London, 47, p. 342-350, abr. 2013.

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

PACHECO, Leonardo Turchi. Norbert Elias e Michel Foucault: diálogos sobre poder e sexualidade. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 21, n. 1, p. 255-267, jan./jul., 2009.

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

RODERICK, Martin; WADDINGTON, Ivan; PARKER, Graham. Playing Hurt: managing injuries in England Professional Football. **International Review for the Sociology of Sport**, London, v. 35, n. 2, p.1 65-180, jun. 2000.

SIMSON, Vyv; JENNINGS, Andrew. **Los señores de los anillos**. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1992.

STRAIN, Jeremy; DIDEHBANI, Nyaz; CULLUM, Munro; et al. Depressive symptoms and white matter dysfunction in retired NFL players with concussion history. **Neurology**, Bethesda MD, v. 81, n. 1, p. 25-32, jul. 2013.

TURNER, Bryan. **Corpo e sociedade**. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

WADDINGTON, Ivan. Ethical problems in the medical management of sports injuries. In: LOLAND, S.; SKIRSTAD, B.; WADDINGTON, I. (Ed.). **Pain and injury in sport**. New York: Routledge Taylor & Francis, 2006. p. 182-199.

WEIR, Adam; BRUKNER, Peter; DELAHUNT, Eamonn; et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain. **British Journal of Sports Medicine, London,** , v. 49, p. 768-774, jun. 2015.

WHITE, Philip; YOUNG, Kevin; MCTEER, Willian. Sport, masculinity and the injured body. In: SABO, D.; GORDON, D. (Ed.). **Men's health and illness**. London: Sage Publications, 1995. p. 158-182.

Recebido em 02 de fevereiro de 2018
Aceito em 18 de março de 2018