

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LEONARDO TONELLI

PARA UMA LEITURA COMPLEXA DE CORPO, SAÚDE E MOVIMENTO

Porto Alegre
2017

LEONARDO TONELLI

PARA UMA LEITURA COMPLEXA DE CORPO, SAÚDE E MOVIMENTO

Dissertação apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul para
obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Tonelli, Leonardo
PARA UMA LEITURA COMPLEXA DE CORPO, SAÚDE E
MOVIMENTO / Leonardo Tonelli. -- 2017.
58 f.
Orientador: Daniel Canavese.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Corpo. 2. Saúde . 3. Movimento. 4.
Complexidade. 5. Atividade física. I. Canavese,
Daniel, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Desde minhas primeiras palavras em português tive a impressão que algumas expressões ou palavras nesse idioma faziam mais sentido ou pelo menos conseguiam explicar situações, conceitos e imagens muito melhor de qualquer palavra (ou gestualidade das mãos) do italiano. Mas na hora de agradecer alguém, agradecer mesmo, no sentido de expressar profunda e sincera gratidão, nunca fiquei satisfeito com o “obrigado” dos brasileiros. Parecia-me faltar alguma coisa, como se eu estivesse me segurando ou usando algo que não me pertencia completamente. É por este motivo que vou aproveitar deste espaço para falar alguns *Grazie*, para que as pessoas que mencionadas aqui em baixo saibam que esta minha gratidão é de verdade e está bem marcada na minha memória.

Um *grazie* especial para o professor Alcindo, sem o qual nada disso teria sido possível, para sua incrível capacidade de imaginar cenários possíveis e sua grande sensibilidade e generosidade. Outro grande *grazie* vai aos professores e professoras que aceitaram fazer parte da minha banca e a todos os professores da Saúde Coletiva que me apoiaram e ensinaram muito.

Grazie a Deise, Gili, Bruna, Gabriel, Renata, Marcia e todo o pessoal da Rede Governo para a parceria e o acolhimento.

Um *grazie* a toda a *galera* do Ocupa Enfermagem e Saúde Coletiva da UFRGS para os momentos de luta compartilhados e a grande oportunidade de aprendizagem.

Grazie a minha família para o apoio e o carinho apesar da distância. E *grazie* á Giulia por ter estado sempre do meu lado.

Um *grazie* enorme ao meu orientador, para sua paciência e disponibilidade e para sua capacidade de ver alguma potência onde os outros enxergam problemas e muros.

Para esta última pessoa, talvez nem o *grazie* seria suficiente. *Grazie* a Alessandra para ter sido minha mestra (no sentido Jedi mais que acadêmico), bem como principal responsável da minha sobrevivência no Brasil, colega e amiga.

RESUMO

Esta dissertação investiga a articulação entre corpo, saúde e movimento, destacando as fragilidades da abordagem simplificadora do modelo biomédico em detrimento a complexidade dessa articulação no nível individual, coletivo e de saúde pública. Por meio de uma revisão bibliográfica crítica, mostra como o termo atividade física, apesar de estar ligado a uma visão bio reducionista do movimento humano, recolhe uma série de significados e sentidos ligados às dimensões sociais, culturais e políticas da saúde que são ignorados e desvalorizados por essa abordagem. Além disso, o texto explora as possíveis contribuições do paradigma da complexidade para a superação de tais fragilidades e a compreensão da articulação corpo, saúde movimento além do determinismo biológico e do modelos causalidade linear. Unindo a análise do marco teórico-conceitual com elementos provenientes da experiência de pesquisador, esta leitura complexa da atividade física e seus aportes para saúde significa, explora as possibilidades de determinar essa última não partindo exclusivamente de pressupostos quantitativos e parâmetros fisiológicos mas ampliando a concepção de causalidade para além do modelo linear. Adotando o referencial teórico da Saúde Coletiva e uma visão de saúde que não vise a reduzir e simplificar, mas que consiga dialogar com a complexidade dos sistemas vivos auto-organizados, pretende-se pensar práticas de cuidado que envolvam a atividade física miradas a uma outra promoção da saúde que supere a lógica da imposição de estilos de vida, a responsabilização e culpabilização individual e a naturalização do processo de adoecimento.

Palavras chave: Saúde, Corpo, Atividade física, Complexidade, Saúde pública

ABSTRACT

This work investigates the articulation between body, health and movement, highlighting the weaknesses of the simplifying approach of the biomedical model to the detriment of the complexity of this articulation at the individual, collective and public health level. Through a critical review, it shows how the term physical activity, despite being linked to a reductionist bio vision of human movement, collects a series of meanings related to the social, cultural and political dimensions of health that are ignored and devalued by this approach. In addition the text explores the possible contributions of the paradigm of complexity to overcoming such frailties and understanding of body articulation, health movement beyond biological determinism and linear causality models. Combining the analysis of the theoretical-conceptual framework with elements derived from the researcher's experience, this complex reading of physical activity and its contributions to health means, it explores the possibilities of determining the latter, not departing exclusively from quantitative assumptions and physiological parameters, but broadening the conception of causality beyond the linear model. Adopting the theoretical reference of Collective Health and a health vision that does not aim to reduce and simplify, but that is able to dialogue with the complexity of the self-organized living systems, this dissertation intends to think about care practices that involve physical activity aimed at another promotion of health that surpasses the logic of imposing lifestyles, individual responsibility and blame and the naturalization of the disease process.

Keywords: Health, Body, Physical Activity, Complexity, Public Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Recomendações internacionais sobre atividade física mais utilizadas segundo LIMA et al. (2014).....	18
--	-----------

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	8
2. PRÓLOGO	12
3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	15
3.1. O CORPO EM MOVIMENTO, ENTRE OBJETO E SUJEITO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	20
4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	24
5. RESULTADOS	27
5.1. POR UM CONCEITO COMPLEXO DE ATIVIDADE FÍSICA EM SAÚDE.....	27
5.2. PISTAS PARA UMA LEITURA COMPLEXA DE CORPO, SAÚDE E MOVIMENTO.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. APRESENTAÇÃO

Considero o caminho que levou a compor esta escrita uma longa e contínua tentativa de sair da trajetória pré-estabelecida e padronizada da minha formação acadêmica. Em 2009, ao terminar os estudos do ensino médio, joguei-me no mundo da universidade italiana, caindo, sem saber muito bem como e porque, na faculdade de *Scienze Motorie*, correspondente à Educação Física brasileira, da Universidade de Perugia. A primeira abordagem com o mundo acadêmico e mais especificamente com esse campo de estudos me causou estranhamento. A redução dos saberes a simples noções de memorizar conteúdos para passar nas provas, a fragmentação e a hiperespecialização das disciplinas, a falta de espaços de reflexão crítica e debate coletivo, pintaram na minha cabeça a imagem de uma universidade-empresa que não produz apenas para o mercado, mas se produz a si mesma como mercado (SANTOS, 2010), e coloca os estudantes no lugar de clientes em busca de uma certificação, um pedaço de papel.

Os saberes aprendidos sobre o corpo em movimento, e quase nunca através dele, pareciam esvaziados de qualquer aplicação prática fora da faculdade, emprestados às *Scienze Motorie* por outras áreas cientificamente mais consolidadas no campo acadêmico, sobre todas as Ciências Naturais e a Medicina. Corpo e movimento só eram debatidos através da linguagem da biologia, da fisiologia e da medicina, mas nunca questionados. As poucas interações com as Ciências Sociais e Humanas, pareciam estar ainda mais abstraídas da realidade do nosso campo de estudos e de trabalho.

Apesar da nossa formação estar pautada quase totalmente em conhecimento da área médica, adaptados (mas nem sempre) à Ciência do movimento humano, o profissional formado em *Scienze Motorie* na Itália não foi ainda reconhecido como profissional apto para trabalhar no sistema nacional de saúde. Isso gera alienação na medida em que os ensinamentos transmitidos na faculdade, além de privilegiar uma visão bioreducionista de corpo e movimento, não dialogam nem preparam para a realidade do mundo do trabalho, e incentivam a uma “submissão” ao poder médico, relegando o profissional de *Scienze Motorie* ao papel de “executor” técnico de prescrições de atividade física.

Como afirma Valter Bracht (2014), colonizada epistemologicamente por outras

áreas, a Educação Física desde quando se tornou acadêmica sofreu uma crise de identidade devida ao desejo de ser reconhecida como ciência e a constatação da sua dependência de outras disciplinas científicas. Tal crise identitária produziu, e ainda produz, vários especialistas, não em Educação Física, mas em biomecânica, fisiologia do exercício, psicologia e sociologia do esporte, aprendizagem motora etc..

A vontade, ou melhor, a necessidade de poder colocar em discussão os saberes e as práticas ligadas a minha formação, levou-me a participar da criação em 2011 do Coletivo Tommie Smith¹, um grupo de estudantes auto-organizados para pensar uma outra Educação Física, que fosse um espaço crítico e político de aprendizagem, problematização e práticas transformadoras sobre corpo, movimento e sociedade. Depois de vários projetos e iniciativas desenvolvidas com o Coletivo em Perugia, decidi continuar meus estudos na cidade de Bolonha, onde tinha certeza de encontrar um terreno fértil para seguir meu caminho.

Esse primeiro passo fora da rígida estrutura da faculdade na tentativa de alcançar uma maior complexidade, junto com uma boa dose de acaso, me levou em 2013 a participar do programa interdisciplinar de "Extensão Comunitária no Distrito Geo-Educacional Cirenaica²", promovido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde Internacional e Intercultural (CSI) da Universidade de Bolonha. O programa, pensado para ser desenvolvido fora do ambiente acadêmico em contato com a comunidade, tinha como objetivo incentivar a aproximação dos alunos de graduação e pós-graduação de vários cursos, aos determinantes sociais da saúde presentes no território, às práticas de trabalho dos profissionais e ao funcionamento dos serviços socio sanitários³. A participação ativa aos encontros representou para mim uma oportunidade de vivenciar junto com estudantes, pesquisadores, professores e profissionais da área da saúde e da assistência social, uma abordagem inicialmente

- 1 O Coletivo Tommie Smith ainda hoje realiza projetos e iniciativas que miram ao uso do esporte, dos jogos e do movimento para favorecer a inclusão social e a luta contra racismo, sexismo e fascismo dentro e fora da universidade. A experiência do Coletivo levou alguns dos seus componentes a criar, em 2015, a associação de promoção social "Leib - il corpo che resiste", que continua na mesma luta através atividades de formação, pesquisa e projetos sobre corporeidade e práticas corporais.
- 2 O distrito Cirenaica é um bairro da cidade de Bolonha caracterizado por um alto nível de vulnerabilidade social devida á composição da população que o habita, principalmente formada por idosos, famílias de migrantes e condomínios populares para pessoas com baixa renda. As atividades foram realizadas no *Condomínio Bel(le)trame*, um projeto experimental do Centro de Acolhimento Beltrame para moradores de rua e pessoas desabrigadas presente no bairro, que envolve e incentiva a participação ativa dos trabalhadores, hóspedes e outras realidades territoriais.
- 3 O Sistema Nacional de Saúde italiano prevê a integração entre o serviço de saúde e o serviço social através da possibilidade de prestar serviços socio sanitários, serviços de saúde de relevância social e sociais de relevância para a saúde, através as *Azienda Sanitaria Locale ASL* (Autoridades Locais de Saúde).

"multi" e progressivamente interdisciplinar, ao processo saúde-doença, experimentando novas práticas de pesquisa-ação no território. O choque entre minha bagagem de conhecimentos disciplinares aprendidos na faculdade e a complexidade da realidade, fez dessa experiência, não prevista nem reconhecida no meu plano de estudos, uma das mais formativas da minha vida de estudante.

Graças aos acordos de cooperação internacional em vigor entre o CSI (UniBo) e a Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em setembro de 2013 eu tive a oportunidade de passar um mês em Porto Alegre junto com meus colegas Antônio Donato e Alessandro Guzzetta, dois companheiros do Coletivo, em concomitância com o evento organizado pela Rede Governo intitulado "Diálogos entre a Educação física e a Saúde Coletiva".

Esse primeiro contato com o Brasil e a Saúde Coletiva estimulou-me a querer aprofundar o meu conhecimento sobre o assunto, especialmente em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas de promoção da saúde que envolvem as práticas corporais no cuidado em saúde. Em 2014, após ter ganho uma bolsa para pesquisa no exterior disponibilizada pela Universidade de Bolonha, decidi em voltar para Porto Alegre para vivenciar de perto a realidade da Atenção Básica em Saúde, onde o profissional de Educação Física já atua há algum tempo, desfrutando essa oportunidade para me aproximar mais do campo da Saúde Coletiva e de uma concepção de saúde como um fenômeno complexo, determinado por fatores sociais, culturais e políticos que variam de acordo com os territórios e as comunidades. Durante os seis meses na capital gaúcha desenvolvi uma pesquisa de cunho qualitativo para o meu trabalho de conclusão de curso intitulada "Educação Física e Práticas Corporais, um modelo de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil", com a qual me formei em Bolonha em março de 2015.

A possibilidade de ser aluno do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, que a Rede Governo me ofereceu em novembro de 2015, representou para mim uma oportunidade única de formação e mais um passo na direção que escolhi procurando ir além dos muros disciplinares da faculdade. Vivenciar e pesquisar esse campo em contato com uma realidade complexa como aquela do SUS brasileiro nesse momento histórico-político, resulta de fato em uma experiência muito significativa para mim, na perspectiva de resistência e luta contra uma economia neoliberal global que pretende tornar mercadoria o direito universal à saúde. As políticas públicas brasileiras como a Política Nacional de Atenção Básica à

Saúde (BRASIL, 2012) possibilitaram a territorialização dos serviços de saúde tornando-os mais acessíveis não só fisicamente, mas também como uma oportunidade para uma participação da comunidade nos processos e nas dinâmicas que afetam sua saúde, e devem ser entendidas como uma democratização dos serviços e das políticas públicas em relação a saúde.

O sistema de saúde italiano está recentemente abrindo-se para um modelo territorial de assistência focado na *Primary Health Care*⁴ (PHC). Abrindo também para a possibilidade de superar o modelo hegemônico que vê a atividade física só como um “medicamento à prescrever” e (re)afirmar o papel do movimento na produção do cuidado em uma perspectiva integral e interdisciplinar.

Em 2006, em consonância com as políticas internacionais de PHC, o Ministério da Saúde italiano, começou a testar o projeto *Casa della Salute*⁵, em uma tentativa de adaptar o sistema de saúde as novas necessidades de saúde da comunidade. A *Casa della Salute* pretende ser um serviço integrado que cuida das pessoas, desde o momento do acesso, através do acolhimento de cidadãos, a colaboração entre profissionais, a partilha de percursos de cuidados, autonomia e responsabilidade profissional e melhoria das competências. Aparece como uma estrutura organizacional dentro de uma rede integrada de serviços, com relatórios clínicos e organização estruturada que ligam os Núcleos de Atenção Primária com os outros serviços da rede (atendimento especializado, hospital, saúde mental).

Meu desejo é que esse trabalho possa contribuir no debate e na construção de projetos e políticas públicas de promoção da saúde que incluam as práticas corporais e os profissionais de Educação Física no sistema de saúde italiano, de forma crítica e transformativa.

4 A partir da “Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários” de Alma-Ata (1978), as políticas de Primary Health Care (PHC) foram internacionalmente implementadas e desenvolvidas como medidas para enfrentar os novos desafios em saúde, superar as desigualdades e construir sistemas de saúde universais que “ponham as pessoas no centro dos cuidados”. Essas políticas se preocupam com a integralidade das pessoas, a participação social e a intersetorialidade do cuidado em saúde, tentando reduzir as iniquidades e lidar com a complexidade dos territórios.

5 Tradução em português: Casa da Saúde

2. PRÓLOGO

A existência de uma relação entre prática de atividade física, em suas várias formas e modalidades, e benefícios para a saúde é um assunto que poucas pessoas entre cientistas, sanitaristas e profissionais de saúde teriam coragem de contestar. Existe um imaginário coletivo que associa o conjunto de atividades e práticas de cuidado do próprio corpo que envolvem o movimento, recolhidas sob o termo genérico de atividade física (CASPERSEN et al, 1985; ACSM, 2014), à melhores condições de saúde e menores probabilidades de desenvolver doenças, em particular doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2010; WHO, 2013). Em contrapartida, o fato de que a prática de atividade física esteja ligada com uma menor incidência de tais doenças, consideradas uma das pragas do mundo globalizado, gerou um inimigo comum no campo da saúde pública: a inatividade física.

O reconhecimento da inatividade física como fator de risco para doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e diabetes entre outras (WHO, 2013), legitima a presença de políticas públicas, campanhas informativas de sensibilização e incentivo ao movimento e programas de promoção da assim chamada “vida ativa” (ANDREWS, 1990; MASTUDO, 1999; BERCOVITZ, 2003; FRAGA, 2006) nos serviços de saúde, nos bairros e nas escolas. Reforçada de um lado por um grande número de estudos que mostram a correlação entre a prática regular de exercício físico e benefícios para o organismo (BOUCHARD et al., 1990; POLLOCK, FEIGENBAUM, BRECHUE, 1995; BLAIR, CONNELLY, 1996; ACSM, 1998; WHO, 2010; ACSM, 2014), e de outro lado, pelos discursos preventivistas e de promoção de estilos de vida saudáveis (POWELL et al., 1991; RESTREPO, 2001), a equação “atividade física igual a saúde” parece ganhar cada vez mais espaço nas políticas públicas de saúde. Contudo, para poder explorar essa relação entre corpo em movimento e saúde e as criticidades que comporta, é preciso indagar os marcos teóricos que a sustentam.

A atividade física adquire uma posição privilegiada nos discursos de promoção da saúde baseados na adoção de estilos de vida saudáveis, diante a atenção que existe no combate ao fator de risco inatividade física. A grande quantidade de estudos epidemiológicos (BOUCHARD et al., 1990; POLLOCK, FEIGENBAUM, BRECHUE, 1995; BLAIR, CONNELLY, 1996; ACSM, 1998; WHO, 2010; ACSM, 2014) que justificam campanhas e políticas públicas miradas na eliminação do sedentarismo, são

sustentadas por estudos quantitativos que procuram demonstrar como os efeitos em termos fisiológicos da atividade física sobre o organismo correspondam a uma menor probabilidade de contrair doenças crônicas e aumentar a própria expectativa de vida. Tal enfoque, desconsiderando ou minimizando aquele contexto sócio-cultural feito de ações e reações com o meio ambiente e os outros sujeitos, no qual as subjetividades estão forjadas, prioriza um enfoque individualista e bio reducionista, proponente soluções universais e, por isso, limitadas. Mesmo reconhecendo os benefícios que a prática de exercício tem em termos de manutenção do organismo e prevenção de certas doenças, tal abordagem “se torna discutível ao sustentar perspectivas políticas conservadoras, uma moral que responsabiliza cada um por seu adoecimento e um evidente foco individualista descontextualizado, em relação aos fatores sistêmicos que colaboram nos modos de adoecer de grandes contingentes populacionais” (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p. 81). Os estudos científicos epidemiológicos sobre o exercício físico, utilizam uma lógica linear dose-resposta para provar a existência de umnexo causal positivo com determinados efeitos fisiológicos no organismo, que são associados a melhores condições de aptidão física e a uma diminuição da probabilidade de desenvolver certas doenças, ou seja, a um menor risco.

O conceito de risco tem suas bases no estudo epidemiológico das doenças transmissíveis, na medida em que mesmo identificando os microorganismos, não era possível explicar plenamente as causas de tais enfermidades (SUSSEK, 1973). Para Naomar Almeida-Filho (2007), se na epidemiologia clássica o conceito de risco representava um “tradutor parcial de proposições causalistas”, baseadas em modelos uni ou multicausal, na década de 1980 esse conceito formalizou-se como probabilidade condicional de ocorrência de eventos ligados ao processo saúde-doença. Tal mudança permitiu que nas décadas seguintes a saúde pública fosse planejada e gerenciada com rigor teórico e capacidade preditiva (ALMEIDA-FILHO; COUTINHO, 2007). A “linguagem dos riscos” (HAYES, 1992) a partir do campo da saúde foi se instaurar em todos os níveis vida cotidiana sob a pretensão de prever e controlar eventos futuros através estratégias de disciplinarização. Todavia os métodos epidemiológicos para avaliar os riscos baseiam-se na experimentação científica como critério básico de legitimação, nos quais quanto mais for possível controlar os fatores que influem na experiência, tanto mais fácil será observar uma relação causa-efeito (CZERESNIA, 2007). Construir um modelo que permite medir o efeito de uma causa, pressupõe, em campo científico, a necessidade de “isolar” os elementos que se deseja

observar, caindo inevitavelmente em uma representação da realidade que reduz sua complexidade. A construção da representação “é inerente à lógica do modelo e, é justamente a simplificação que viabiliza sua operacionalização. A abordagem do risco, por mais que se tornem mais complexos os modelos de análise, reduz, desconsidera aspectos dos fenômenos estudados. O desenvolvimento do método impõe artifícios para poder viabilizar sua operacionalização. As reduções, inevitáveis do ponto de vista da lógica interna do método, constroem representações que tentam “substituir” a realidade” (CZERESNIA, 2007, p. 278).

Dentro do modelo biomédico, que reduz o corpo, com suas complexas dimensões (culturais, fisiológicas, sociais, históricas entre outras), a organismo biologicamente definido e determinado, e pressupõe que a saúde de uma pessoa possa ser medida exclusivamente através avaliação de seus parâmetros fisiológicos, essa lógica causal consegue esgotar o problema produzindo uma série de soluções estandardizadas e universais, detalhadas em intensidade, tempo e frequência de atividade física, necessárias para tutelar e preservar a própria saúde (BLAIR et al., 2004; HASKELL et al., 2007; WHO, 2010), alimentando estratégias de controle das condutas, através da medicalização das práticas do cotidiano. Porém, considerando um conceito de saúde, que leve em conta à complexidade de seus determinantes e as demais dimensões que, além da biológica, compõem o processo saúde doença e influenciam diretamente a prática de atividade física, essa abordagem resulta reducionista e simplificadora, uma vez que se preocupa apenas de uma parte do problema.

No campo das políticas públicas de saúde, o incentivo à prática de atividade física representa uma estratégia preventiva para baixar os níveis de doenças e aliviar os custos sanitários que elas comportam pelo Estado (HAGBERG, 2007; WHO, 2010; TUSO, 2015). Contudo, o movimentar-se, nas suas mais variadas formas, pressupõe e interfere com uma série de outros aspectos que vão além da dimensão preventiva da atividade física, mas que contribuem à determinar às condições de saúde das pessoas.

Desigualdade social, vulnerabilidade, diferenças de gênero e raça, acesso aos serviços e às áreas públicas, são só alguns dos elementos que influenciam a participação das pessoas à prática de atividade física, além das condições físicas e os significados que são atribuídos à essa prática com relação à saúde. Do outro lado restringir a “potencialidade” do movimento aos efeitos agudos e crônicos sobre o

organismo significa excluir os componentes sociais, culturais, políticos e simbólicos que tal fenômeno mobiliza, e que cumprem um papel importante no processo saúde doença.

A articulação entre corpo, saúde e movimento pode aderir ou não à uma lógica dose-resposta. A abordagem simplificadora que vê à atividade física como um medicamento a ser prescrito e “tomado” de forma passiva, não consegue dar conta da complexidade deste fenômeno em relação ao processo saúde doença. É preciso sair do determinismo biológico e do reducionismo que caracteriza a ciência clássica, para explorar tal articulação e suas conexões com as políticas públicas de saúde de forma crítica e transdisciplinar.

Não é intuito deste trabalho negar ou desacreditar a legitimidade dos estudos científicos sobre os efeitos da atividade física no organismo com relação às condições de saúde. Ao contrário, esta dissertação representa um percurso que pretende integrar essa perspectiva em uma leitura complexa do papel e da potencialidade da atividade física no campo da saúde, tentando responder à seguinte pergunta: é possível compreender a articulação entre corpo, saúde e movimento sob a perspectiva da complexidade?

3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O concepção difusa do conhecimento científico enquanto “conjunto de elementos garantidores da objetividade, da neutralidade, enfim da verdade de um sujeito sobre um objeto” (FENSTERSEIFER, 2014, p.113), é filha de um longo processo que vem diretamente da Revolução Científica do século XVII, a partir da qual, graças a pioneiros como Descartes, Galileu e Newton, as obras de Aristóteles, dos filósofos medievais e a Bíblia, começaram ser colocados em dúvida enquanto fontes do conhecimento científico e substituídas por experimentação e observação da natureza (CHALMERS, 1993). A elaboração do método científico como o conhecemos faz parte deste longo caminho para a compreensão do real, que levou a uma verdadeira mutação do intelecto humano, a ponto de algumas noções laboriosamente “inventadas” no campo da física, da geometria ou da matemática hoje fazem parte do nosso cotidiano desde a primeira infância (KOYRE, 2008). Contudo o assim chamado

pensamento cartesiano, que caracterizou o desenvolvimento da Ciência clássica ao longo da modernidade, operou uma profunda divisão entre o mundo fenomênico, corporal e subjetivo e o mundo da ciência, abstraído e objetivo. Reduccionismo, disjunção e abstração fizeram com que o recorte praticado pela ciência para estabelecer e explicar o real, se tornasse o próprio real (MORIN, 2005).

O conhecimento científico distanciando-se do mundo do sensível, visa a fragmentação dos fenômenos estudados, a hierarquização dos saberes através de discursos de autoridade e de verdade, e a hiperespecialização em disciplinas, deixando-as incapazes de comunicar entre elas (ALMEIDA, 2012). Na visão fenomênica, a condição humana é uma condição corporal (LE BRETON, 2005). O corpo é sujeito dessa condição, único meio de confronto e troca com a realidade. Nessa visão resulta impossível dividir esse corpo e o meio com o qual, através do movimento, ele interage.

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu "psiquismo", eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo ao universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda. A ciência não tem e não terá jamais o mesmo sentido de ser que o mundo percebido, pela simples razão de que ela é uma determinação ou uma explicação dele (MARLEAU PONTY, 1999, p. 3).

O corpo-objeto, que a ciência construiu a partir da divisão cartesiana entre a *res extensa*, o mundo dos objetos, e a *res cogitans*, sede da razão, é um corpo reduzido a organismo, representa um mero instrumento, um suporte ao serviço da mente. O modelo biomédico insere-se neste recorte do real através seu determinismo biológico, sua causalidade linear e seu mecanicismo, estabelecendo padrões normativos para os conceitos de corpo, saúde e doença. O corpo torna-se seu objeto anatômico, uma máquina cujo movimento, fruto de ações e reações neuromusculares, é conhecido

como atividade física.

Um claro exemplo da correlação que o modelo biomédico estabelece entre movimento corporal e saúde (na sua perspectiva bioreducionista), são as recomendações internacionais para atividade física e saúde, referências mundiais para os sistemas de saúde em relação à construção de políticas públicas de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e promoção de estilos de vida saudáveis. Trata-se de linhas guias que se propõem de informar o público alvo sobre os efeitos de exercício físico regular sobre o organismo, em termos de respostas musculoesqueléticas, cardiorrespiratórias e metabólicas.

Estas informações são propostas em forma de “dose”, detalhada em frequência, duração, intensidade e tipologia de exercício por cada faixa etária. Contudo, não há uma concordância absoluta entre instituições, públicas e privadas, que se ocupam de elaborar e divulgar tais diretrizes, sobre quem (e de que forma) pode ser considerado ativo ou inativo. No artigo “Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades”, Lima et al. (2014) organizaram uma comparação das cinco maiores diretrizes internacionais sobre atividade física (Tabela 1) para destacar como, mesmo que em linhas gerais todas as diretrizes tenham os mesmos objetivos, a falta de harmonização na definição de qual deveria ser a “dose mínima” interferia na elaboração e na avaliação de políticas públicas de promoção da saúde (LIMA et al., 2014). Uma das recomendações mais adotadas mundialmente é aquela do *American College of Sports Medicine* (HASKELL et al., 2007), que estabelece para os adultos 30 minutos ou mais de atividade física com intensidade moderada pelo menos 5 dias por semana, ou 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa pelo menos 3 dias por semana, além das atividades da vida diária. A Organização Mundial da Saúde representa uma outra instituição de referência no campo das recomendações de atividade física. Na última atualização das “*Global Recommendations on Physical Activity for Health*” (WHO, 2010), orienta-se os adultos a pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada ou 75 minutos por semana de atividade física vigorosa, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração, sem determinar nenhuma frequência semanal.

Tabela 1. Recomendações internacionais sobre atividade física mais utilizadas segundo LIMA et al. (2014).

Recomendações	Definição das metas recomendadas
American College of Sports Medicine (ACSM)/2007	30 minutos de atividade física moderada, 5 dias por semana; ou 20 minutos de atividade física vigorosa, 3 dias por semana, em sessões de pelo menos de 10 minutos de duração
Organização Mundial da Saúde (OMS)/2010	150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana em sessões de pelo menos 10 minutos de duração
Institute of Medicine (IOM)/2004	60 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
União Europeia/2008	30 minutos de atividade física moderada todos os dias da semana
Advisory Committee on International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)/2005	30 minutos de atividade física moderada 5 ou mais dias por semana; 20 minutos de atividade física vigorosa 3 ou mais dias por semana; ou qualquer combinação de intensidade, desde que atinja o mínimo de 600 MET-minutos/semana

Inativo: para todas as recomendações, foram consideradas inativas as pessoas que não praticam nenhuma quantidade de atividade física. Ativo insuficiente: quando realiza atividade física abaixo do nível recomendado; para cada diretriz, o nível recomendado é diferente, conforme descreve a definição. Ativo: quando alcança as metas recomendadas. Muito ativo: quando ultrapassa as metas recomendadas (LIMA et al., 2014).

Além de pressupor a possibilidade de avaliar ou determinar a condição de saúde apenas através da regulação dos parâmetros fisiológicos que constituem os padrões de risco para as doenças, uma abordagem mecanicista para o corpo acaba medicalizando as suas práticas e responsabiliza cada indivíduo para o cumprimento de seu “dever” cotidiano para a manutenção da própria saúde.

Embora a ciência clássica constituiu por muito tempo a única expressão e unidade de medida do real na sociedade ocidental, sua pretensão de desenhar um universo linear, ordenado e dicotômico, colidiu inevitavelmente com uma realidade que se apresenta de forma emergencial, caótica e ambivalente- complexa. Tais aspectos, que sempre representaram apenas “ruídos” para a ciência clássica, ocupada na eliminação do erro, da ambiguidade e da contradição, encontram-se centrais na perspectiva da abordagem sistêmica do **paradigma da complexidade**. O surgimento de um “novo paradigma” pós-cartesiano, representa a necessidade do mundo científico de confrontar-se com aquele mundo até então descartado, onde sujeito e objeto, antagônicos e ao mesmo complementares, são inseparáveis e interconexos ao próprio ecossistema.

Os conceitos de não linearidade, emergência e borrosidade tornam-se fundamentais nesse paradigma para trabalhar com aqueles “processos da natureza, da sociedade e da cultura, para os quais a ciência não consegue identificar determinantes, causas ou limites” (ALMEIDA, 2004, p.4).

O processo saúde-doença pode ser considerado um objeto complexo de estudo por causa da heterogeneidade dos níveis de análise e das dimensões que interferem na sua determinação. A articulação de sistemas vivos, ecossistema, representações, dispositivos de controle e de transformação social que o constituem, faz com que qualquer abordagem simplificadora que não consiga dialogar com a integralidade deste processo, apareça como uma mutilação da sua complexidade. Neste sentido, a ciência pós-cartesiana, pautada na teoria da complexidade (EDMONDS, 1996; GATRELL, 2004; MORIN, 2005), representa o caminho para a exploração e a promoção de abordagens e novas ferramentas metodológicas para responder as demandas complexas do “mundo real” que o campo da saúde tem que enfrentar.

Para complexificar esta abordagem a saúde, a Ciência precisa se preocupar com objetos de estudo cada vez menos concretos e uniformes, e mais abstratos e incertos, que por suas características de multi-modalidade, não linearidade, simultaneidade e interatividade, deixam de ser objetos-coisas para tornar-se “objetos-modelos” (ALMEIDA-FILHO, 2013). O processo saúde-doença nesta perspectiva representa um modelo plural, não categorizável de forma única e universal e dependente de vários planos dinâmicos de emergência que determinam sua complexidade. Para Samaja (2004) a saúde é, na sua natureza plural e complexa, uma totalidade integral que compreende no seu interior sub-objetos que operam em diferentes planos de realidade. Tais sub-objetos agem sobre o processo saúde-doença como modelos sistêmicos complexos, com diferentes graus de organização, do nível micro até o macro (SAMAJA, 2004).

Aplicar a teoria da complexidade ao campo da saúde pública significa desenvolver métodos de análise e estratégias de intervenção sobre os fenômenos ligados ao processo saúde-doença que não estejam necessariamente ligados a uma lógica determinística linear, mas que através uma abordagem sistêmica possam considerar a adaptabilidade do sistema, a coexistência entre previsibilidade e

imprevisibilidade, entre ordem e desordem, e as formas de auto-organização dos sistemas vivos (PEARCE; MERLETTI, 2006).

3.1. O CORPO EM MOVIMENTO, ENTRE OBJETO E SUJEITO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

“O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente – pode e o que não pode fazer” Espinosa – Ética III, Prop. 2

A dicotomia objeto-sujeito aprisiona o corpo em uma disputa secular. A visão positivista de um corpo máquina separado e desligado do ambiente ecossistêmico no qual está inserido, faz frente ao olhar antropológico, para o qual cada corpo produz constantemente sentidos e significados que o colocam socialmente e culturalmente em um determinado contexto. Para este último de fato, a corporeidade tem a ver com a construção do “ser corpo”, ou seja do que constitui um corpo tal qual é e se apresenta na sua realidade existencial (MARLEAU-PONTY, 1994).

Nesta seção será tratado o tema do corpo, mais especificamente do corpo e movimento enquanto subjetividade, e os sentidos e significados que lhe são associados em relação a saúde, através o referencial teórico da Saúde Coletiva. Porém, antes de chegar nas práticas do corpo e sua articulação com o processo saúde-doença, é preciso discutir um pouco mais sobre este construto cultural, histórico, sociopolítico que é a corporeidade. O estudo da corporeidade nos permite interpretar e explorar aqueles aspectos que definem o indivíduo e sua identidade. Ela nada mais é que uma construção social, na medida em que "um corpo afeta outros corpos, ou é afetado por outros corpos: é este poder de afetar e de ser afetado que define um corpo na sua individualidade" (DELEUZE, 2002a, p.128).

Graças á noção de *técnicas do corpo* do filósofo francês Marcel Mauss, pela primeira vez os estudos antropológicos começam a observar o que os corpos fazem e conseguem fazer, não mais enquanto objetos naturais, mas sim como produtos socioculturais (FUSASCHI, 2008). Todas as ações que o corpo realiza, comer, dormir, correr entre outras, dependem da sua capacidade de “naturalizá-las”, até o ponto que elas nem parecem mais produzidas socialmente (PIZZA, 2005). Para entender essa naturalização através a qual o corpo interioriza as demais técnicas do corpo, é útil

introduzir a noção de *habitus*.

Mauss (1935) põe em evidência como essas técnicas são produtos de uma lenta aprendizagem indissolúvelmente ligada ao contexto no qual o ator social opera, que age de forma diferente em cada corpo, de acordo com múltiplos fatores quais idade, gênero, relações e hierarquias sociais entre outros. Atividades quais a natação, o andar ou o alimentar-se, são praticadas de formas muito diferente em diversas culturas, e adquirem significados e sentidos que são transmitidos, aprendidos e moldados por imitação segundo os hábitos culturais da própria sociedade (MAUSS, 1935).

O *habitus* é definido por Scheper-Hughes (1994) como “todos os hábitos aprendidos e todas aquelas técnicas somáticas que representam a arte cultural de utilizar o, e estar no, corpo (e no mundo)”⁶ (SCHEPER-HUGHES, 1994, p. 284). Para Pierre Bourdieu o conceito de *habitus* é o resultado da interiorização das condições objetivas da socialização por parte do ator social. Isto significa estabelecer que o que é individual, personal, subjetivo é ao mesmo tempo social, coletivo. Configura-se de fato como uma “subjetividade socializada” (BOURDIEU, 1992).

O processo de socialização de cada indivíduo pressupõe uma incorporação de técnicas, hábitos e práticas que não advém sobre os corpos, mas imediatamente e implicitamente através deles. O lugar na sociedade, o pertencer a uma determinada cultura e o reconhecer-se em determinados gestos e práticas corporais, passam pela experiência de corpo-sujeito. O *habitus* neste sentido constitui a matriz da ação prática, consequência direta da incorporação do mundo social que está ao redor (FUSASCHI, 2008).

A noção de técnicas corporais de Mauss, apesar de ter estabelecido as bases para uma interpretação etnográfica do corpo e suas práticas como produto da sociedade, corre o risco de reduzir e limitar o corpo a um simples indicador cultural (FUSASCHI, 2008). A visão de Thomas Csordas (1990), tenta ampliar o discurso para o tema do ‘ser corpo’ no mundo, propondo a incorporação (*embodiment*) como lente para uma leitura da corporeidade, partindo do postulado para o qual o corpo não é um objeto a ser estudado em relação à cultura, mas é o próprio sujeito da cultura (CSORDAS, 1990). O *embodiment* não fala apenas sobre o comportamento e o agir do corpo, mas também sobre sua experiência e subjetividade. O corpo aqui

6 Tradução do autor.

desempenha um papel de sujeito ativo capaz de elaborar sentidos e significados para suas práticas, além da sua componente culturalmente determinada.

A partir desta interpretação da incorporação é possível pensar as práticas do corpo em saúde e explorar o impacto do movimento corporal no processo saúde-doença e nas assim chamadas práticas de saúde. De que forma o corpo em movimento se coloca na saúde pública? Quais os sentidos e significados que lhe são atribuídos?

Os discursos sobre corpo em relação a saúde pública são muitas vezes relacionados com a lógica da imposição de estilos de vida saudáveis, e constituem uma narrativa político-higienista fundada na ideologia de progresso e perfeição humana (GOMES, 2013). Tais discursos “promovem o mito da força moral e da vontade como forma de construção das subjetividades contemporâneas, associado frequentemente a busca de saúde perfeita com opções morais adequadas” (GOMES, 2013, p.64). O conceito de ‘estilo de vida’, a princípio como estratégia de prevenção e mais tarde introjetado nos discursos de promoção da saúde, começou a ganhar relevância no panorama da saúde pública internacional e pela primeira vez através o Relatório Lalonde, elaborado pelo Ministério da Saúde do Canadá em 1974. Para Alexander Palma e Marcos Bagrichevsky (2014) é importante ressaltar quanto, apesar do caráter reducionista que desconsidera os demais determinantes e o contexto socioeconômico que afetam as condições de saúde das pessoas, o conceito de estilo de vida foi originariamente pensado para constituir apenas uma parte de uma ação política voltada a garantir melhores condições de saúde por parte do Estado. A ideia que inspirou o movimento de promoção da saúde (WHO, 1986; TERRIS, 1992; OPAS, 1996; LOPES, 2010) foi aquela de priorizar de forma igual as diferentes vertentes que acabam determinando o processo saúde-doença (educação, alimentação, moradia, renda entre outros), integrando-os com as instâncias e as escolhas cotidianas da vida das pessoas. De fato, a integração da dimensão da responsabilidade individual com a complexidade do contexto socioeconômico e cultural não foi atuada naquele momento histórico, resultando em uma leitura do conceito de estilos de vida saudáveis extremamente focado na lógica segurança-risco e restrito a dimensão biológica.

Com a noção de comportamento de risco este olhar biomédico sobre estilos de vida se remete às escolhas pessoais, identificando os fatores de risco e responsabilizando cada indivíduo para sua eliminação, quando possível. Este modelo reducionista tem ainda hoje um papel hegemônico no campo da saúde, ressaltando a

necessidade epidemiológica de “apresentar relações entre os padrões de doença e seus respectivos riscos de adoecimento, principalmente em termos de atributos, propriedades e características próprias aos agregados de indivíduos, sem incluir as interações recursivas com seus contextos sócio-culturais” (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p.72). A redução dos fatores de risco e prevenção da saúde passam ser considerados responsabilidade individual, transformados em culpa na hora da doença.

Desta forma, as práticas do corpo, como a atividade física, assumem um papel regulador que envolve todos os aspectos da vida social, da medida do peso corporal ao número dos passos por dia. Não conseguir cumprir com a ‘quantidade mínima’ de exercício, como também comer adequadamente ou deixar de fumar é vivido como falta de vigilância sobre própria saúde, um problema moral, assimilável a um desvio (GOMES, 2013). Doutra lado, escolha com um estilo de vida alimenta um mercado de produtos, serviços e informações, que ao mesmo tempo representam a extrema liberdade de agir sobre nosso corpo e a obrigação de aderir aos modelos considerados adequados na nossa sociedade. “A autogestão da própria saúde põe o sujeito diante a economia do seu próprio corpo” (GOMES, 2013, p.70), e revela, através miragem de um corpo saudável a ansiedade do controle da própria imagem corporal.

Se por um lado o contexto sociocultural no qual estamos inseridos nos exorta moralmente a prudência e a prevenção, destacando as atitudes e os comportamentos a seguir para a tutela da nossa saúde, por outro lado estamos constantemente expostos a uma série de estilos de vida considerados ‘insalubres’. A este respeito Castiel (1999) elabora o conceito de ‘estilos de risco’, para destacar como seja possível conduzir a própria vida fazendo escolhas que a expõem aos riscos. Porém, tais escolhas para o autor não são somente fruto de intencionalidade mas representam “aspectos que muitas vezes participam e constituem os modos possíveis com que se lida com o mundo da vida tal como ele se faz presente a cada um de nós” (CASTIEL, 1999, p.60).

A atividade física encontra-se presa entre uma condição de livre arbítrio e ‘total liberdade’ sobre o próprio corpo, regulada pela sociedade do consumo, e o determinismo moralista através o qual é medida cada escolha em relação a saúde. As estratégias de saúde pública para promover a assim chamada ‘vida ativa’ passam muitas vezes pela divulgação de informações miradas a interferir nas escolhas individuais para promover normas de comportamento e disciplina, segundo o modelo

de estilos de vida saudáveis. Porém a complexidade dos fatores que contribuem com que essa informação seja recebida, aceita e integrada na rotina de vida de cada pessoa, exige que a questão das práticas de saúde seja enfrentada levando em conta todos os determinantes e as dimensões que compõem o corpo enquanto sujeito inserido no próprio contexto sociocultural, ampliando os conceitos de atividade física e de saúde para além do determinismo biológico. Para ampliar tal entendimento sobre corpo e saúde e alcançar a diversidade de práticas que garantam uma escolha de 'modos de vida' (POSSAS, 1989) livre de discursos moralizantes e disciplinadores, é preciso repensar "os fundamentos epidemiológicos, políticos e éticos dos processos comunicacionais e informacionais vigentes em saúde" (BAGRICHEVSKY et al., 2007, p. 224) e procurar uma abordagem complexa que olhe para as subjetividades, para além do modelo individualista sobre saúde. Sendo que há tantas maneiras possíveis de ser saudável como de ser humano (SILVA, 1999).

4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A escolha do termo "estratégia metodológica" para esta seção tem a ver com a aproximação com uma diferente forma de entender o saber e o fazer da ciência. Uma forma de pensá-la fora dos padrões e das regras "clássicas", que há alguns séculos a constituíram.

Segundo Minayo (2007), a ciência tradicionalmente, legitimou-se na quantificação, na mensuração e na produção de dados com a pretensão de ser motor e critério para a construção de verdades. Contudo, mesmo os métodos qualitativos usados pelas ciências sociais para estudar relações, história, representações, percepções e interpretações dos sujeitos, dentro do cenário científico resultam profundamente marcados pela reprodução de um positivismo clássico, que tende a generalização e a regularização desses fenômenos (Minayo, 2007).

A dificuldade de "ter que" encaixar a própria pesquisa em modelos preestabelecidos com base no modelo positivista da ciência clássica, existe para além do debate sobre a cientificidade dos métodos qualitativos. Não se trata apenas de tentar legitimar os estudos sobre sujeitos, vivos e peculiares, na rigidez da objetividade científica, feita de métodos estatísticos e matemáticos pensados para eliminar tal subjetividade. Trata-se da possibilidade de construir um percurso de investigação

capaz de responder às exigências de forma e cientificidade, que um projeto de pesquisa de mestrado demanda, e ao mesmo tempo lidar com uma busca de paradigma complexo que consiga operar não mais na lógica das dicotomias, que distingue e separa, mas no campo das inter-relações e das interconexões entre natural e cultural, objetivo e subjetivo, certo e incerto, completo e incompleto.

Como contemplar o “não científico” dentro da ciência?

O método representa o caminho a ser percorrido para chegar em um determinado lugar, para responder as perguntas que fizeram com que começássemos caminhar. René Descartes, ao descrever o método que resolveu escolher para compreender a realidade, usa a metáfora do viajante perdido na floresta.

Imitava nisso os viajantes que, estando perdidos numa floresta, não devem ficar dando voltas, ora para um lado, ora para outro, menos ainda permanecer num local, mas caminhar sempre o mais reto possível para um mesmo lado, e não mudá-lo por quaisquer motivos, ainda que no início só o acaso talvez haja definido sua escolha: pois, por este método, se não vão exatamente aonde desejam, ao menos chegarão a algum lugar onde provavelmente estarão melhor do que no meio de uma floresta (DESCARTES, 2001, p.29)

Para o filósofo, quando a razão não permite estabelecer quais são as “opiniões mais verdadeiras” é preciso escolher o caminho (método) mais provável, e lhe permanecer fiéis. Tendo a razão como guia e a dúvida como bússola, o pensamento científico sempre buscou criar verdades baseadas na objetivação e na disjunção dos fenômenos, fragmentando o todo em partes a ser medidas e estudadas. A metodologia científica busca a construção de uma visão unidimensional, hierárquica e especialista, que valorize as regulamentações e as normas.

A perspectiva da complexidade pressupõe uma abordagem estratégica ao problema da metodologia.

O programa é a determinação a priori de uma sequência de ações tendo em vista um objetivo [...] A estratégia, como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo, mas vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre o ambiente incerto. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso (MORIN, 2014, p.62)

A estratégia modifica-se em função das informações, situações e circunstâncias que encontra ao longo do seu caminho. Uma vez estabelecido o objeto de estudo, as ações que compõem a estratégia metodológica vão ser ao serviço de tal objeto e das demandas que este caminho vai apresentando, e não o contrário.

O objetivo de investigar a articulação entre corpo, saúde e movimento a luz do paradigma da complexidade, pressupõe uma certa abertura á utilização de técnicas e ferramentas de pesquisa qualitativas, na medida em que pretende explorar aspectos relativos à historicidade, ao contexto sociopolítico e aos significados desta articulação, tanto nas especificidades de suas partes, quanto na sua totalidade. Porém, tendo sempre presente que qualidade e quantidade são inseparáveis e interdependentes.

O caminho empreendido para esta pesquisa não partiu apenas de hipóteses pré-estabelecidas, mas pretendeu preparar um terreno fértil para que possam seguir caminhando. Um terreno feito de uma atenciosa revisão dos marcos teóricos que compõem os discursos sobre atividade física e saúde, descrevendo a relação entre corpo, saúde e movimento nas recomendações sobre atividade física e saúde, sob a perspectiva do modelo biomédico e posteriormente abordando uma releitura crítica do conceito de atividade física e sua articulação com a saúde à luz do paradigma da complexidade. Tal construção resultou no artigo “Por um conceito complexo de atividade física em saúde”, anexado a este trabalho.

A etapa conclusiva deste caminho, através a metodologia qualitativa da Narrativa, visa a criação de um diálogo entre este marco teórico e experiência como pesquisador no campo da Saúde Coletiva. Excluir deste trabalho todos aqueles conhecimentos intersticiais que não entram nos bancos de dados, nos relatórios de pesquisa ou nos artigos científicos, gerados a partir da experiência, pareceu extremamente mutilador na perspectiva de compreender e explorar a complexidade do tema. Neste sentido, a narrativa pretende ser a ferramenta para o resgate da parte mais invisibilizada do trabalho científico, onde a subjetividade-pesquisador encontra o tecido de sentidos, significados, relações e vivências que irão caracterizar e determinar seu trabalho final. Segundo Jerome Bruner (1986), a linguagem da ciência e da narrativa não são tão distantes quanto podem aparecer. Para o autor, a pragmaticidade do pensamento lógico-científico possui elementos em comum com o pensamento narrativo, na medida em que os dois constroem discursos baseados não sobre certezas mas sobre possibilidades, utilizando em formas distintos de ativação de pressupostos, criação de

significados, subjetivação, percepção das realidades e perspectivas múltiplas (BRUMER, 1986). Se o mundo social e o mundo científico “são marcados pela narratividade, devemos incorporar no nosso método científico uma constante sensibilidade metacognitiva, um perene esforço de ver como o “mar de estórias” em que o pesquisador está mergulhado se funde e se mostra presente no “mar de estórias” do mundo social dos sujeitos objeto de estudo” (MORAWSKA-VIANNA, 2007, p.158).

5. RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta seção serão articulados em dois blocos. No primeiro bloco serão apresentadas algumas reflexões sobre a primeira fase do trabalho. O segundo bloco será constituído por algumas considerações críticas sobre os principais conceitos tratados ao longo do texto, intercaladas com pequenos traços narrativos, quase sob a forma de interferência, baseados na experiência como bolsista da Rede Governo Colaborativo em Saúde e como estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na esperança que a escrita acadêmica e intimidade da vivência possam coexistir de forma harmoniosa e complementar. O diálogo entre estas diferentes formas de exposição dos resultados terá a tarefa (e a pretensão) de servir como pista para uma leitura complexa da articulação entre corpo, saúde e movimento.

5.1. POR UM CONCEITO COMPLEXO DE ATIVIDADE FÍSICA EM SAÚDE

O corpo em movimento, desvinculado do reducionismo científico do modelo biomédico, nos apresenta outras possibilidades de cuidado em saúde. Ligadas não mais por uma causalidade linear unidirecional, mas de tipo recursivo, que precisa ser estudada e aprofundada. Quando se fala em políticas públicas de promoção da saúde em seu sentido ampliado, é preciso ter consciência de que a visão bio-reducionista da atividade física nos mostra uma pequena janela dentre as múltiplas possibilidades que o movimento corporal sistematizado propicia como prática cuidadora em saúde.

A simplificação da atividade física na saúde pública quando reduzida à mera estratégia para baixar o nível do colesterol, controlar a pressão arterial e o peso corporal, e o total desinteresse para as relações e inter-relações com o meio ambiente

e entre as pessoas, constitui sua interpretação como elemento medicalizante. Além disso, possibilita o imaginário difundido da atividade física como remédio, que possa ser administrado, prescrito e “tomado” de forma passiva e direcionada, sem levar em conta os significados, os interesses e as necessidades que lhe são atribuídos.

Enquanto seres corporais, o sofrimento causado das doenças é vivido pelo corpo e através dele, da mesma forma em que se vive a felicidade e o prazer. A atividade física é produtora de cuidado na medida em que consegue dar conta dos sentidos e significados que as pessoas agregam a essa prática à respeito à própria saúde. O grande desafio para entender a tríade corpo-saúde-movimento além do determinismo biológico, é pensar a multiplicidade das diferentes dimensões que o compõem, além da relação que tais dimensões tem com o organismo e seu adoecimento. Adotando uma visão de saúde que não vise a reduzir e simplificar, mas que consiga dialogar com a complexidade dos sistemas vivos, é possível pensar práticas de cuidado que envolvam a atividade física miradas a uma outra promoção da saúde que supere a lógica da imposição de estilos de vida, a responsabilização e culpabilização individual e a naturalização do processo de adoecimento.

Para apreciar a articulação entre corpo, movimento e saúde, é necessário se aproximar desses temas de forma menos simplificadora e redutora possível, abandonando a ilusão científica de um universo objetivo e completo para abraçar a borrosidade do real. Considerando o corpo na sua unidade, ao utilizar a atividade física como prática de cuidado em saúde, resulta impossível determiná-la como puramente biológica ou unicamente como produto sociocultural, porque limitando sua multiplicidade, sua dualidade no seio da unidade, se mutila também sua potência em relação à complexidade da saúde.

5.2. PISTAS PARA UMA LEITURA COMPLEXA DE CORPO, SAÚDE E MOVIMENTO

A pergunta geradora deste trabalho: “é possível compreender a articulação entre corpo, saúde e movimento sob a perspectiva da complexidade?”, desencadeou algumas importantes reflexões sobre o fenômeno atividade física e suas interconexões com o campo da saúde. A complexidade de um corpo em movimento supera de fato a multidimensionalidade do ser ao mesmo tempo um ser biológico,

social, cultural e político, pois no que nos move, estas dimensões são distintas mas ao mesmo tempo indivisíveis. É nos sentidos e significados que levam a prática de atividade física que é possível indagar esta complexidade, e é na incerteza, na borrosidade e na não-linearidade da sua articulação com o processo saúde-doença que ela se manifesta.

Conversar na praçinha diminui a pressão arterial?

Depois de muitas conversas, debates e análise de portarias sobre o Programa Academia da Saúde, o instrumento para a pesquisa estava pronto para o primeiro test. Dois questionários, um para os usuários dos polos do programa espalhados pelo Brasil, e o outro para os profissionais. Dentro dos vários projetos de pesquisa e avaliação que a Rede Governo levava para frente no campo da Atenção Básica, o nosso grupo, composto por seis pessoas entre graduandos, pós-graduandos e mestres em Educação física e Saúde Coletiva, tinha como foco as práticas corporais e suas interfaces com a saúde pública. A construção da pesquisa de avaliação do Programa Academia da Saúde tinha ocupado bastante tempo na agenda do grupo, tanto que a expectativa para a ida a campo com o piloto dos questionários era, por nossa parte, muito alta. Sob indicação dos funcionários do Ministério da Saúde, a cidade de Aracaju foi escolhida como primeira etapa por causa do sucesso registrado localmente com o programa ministerial antecedente de promoção de atividade física “Academia da Cidade”, cujos polos tinham sido reconhecidos como “polos similares”, incluídos e adaptados ao Programa Academia da Saúde. Durante os cinco dias passados em Aracaju visitando os numerosos polos e conhecendo os profissionais e as atividades propostas, fiquei particularmente impressionado com um episódio. Durante a visita do Polo Santos Dumont pude assistir a caminhada monitorada, que me foi apresentada como o “carro-chefe” do programa, que acontecia em todos os polos em dias diferentes. Consistia em 7 voltas da praça, cada um com sua velocidade, medindo a pressão arterial antes de começar e a frequência cardíaca logo depois a última volta. Esses dados são inseridos na ficha pessoal de cada usuário e na tabela do professor. Todos os dados vinham recolhidos e enviados para a secretaria de saúde cada semana. Lembro de ter pensado que os idosos daquele bairro eram mais monitorados que jogador de futebol profissional. Até este ponto nada de novo, sem dúvida um trabalho muito eficiente e rigoroso de coleta de dados e monitoração de parâmetros fisiológicos, mas que não tinha chamado minha atenção de pesquisar a campo. Tudo mudou quando uma das professoras presentes relatou que a praça do lado

do Polo, onde acontecia a caminhada, no passado estava tomada pelo tráfico e pela violência, ao ponto que uma vez os usuários tiveram que se fechar dentro do Polo por causa de um tiroteio. Mas desde quando eles começaram usa-la para caminhar a situação está mais tranquila e os usuários voltaram ocupar este espaço público mesmo além do horário das atividades. Ouvindo isso, lembrei do panfleto informativo do projeto das caminhadas que o professor tinha me dado no início da visita, onde ressaltava o objetivo principal: “Instrumentalizar a população para a prática regular de atividade física, alimentação saudável e hábitos de vida saudáveis favorecendo a adoção de um estilo de vida mais ativo”. Levantei a cabeça e vi duas senhoras sentar num banquinho da praça para conversar logo depois da última volta da praça e dois estagiários de educação física fugindo preocupados atrás delas para medir a frequência cardíaca antes que fosse tarde demais.

Dispositivo de controle e disciplina, meio de aperfeiçoamento e de construção de identidades, alvo de culpa e responsabilização para as condições de saúde e de naturalização do processo de adoecimento. Mas também fonte de bem-estar, de benefícios para o organismo, expressão da cultura através a corporeidade e de conhecimento de si, lugar de encontro e apropriação de espaços. O corpo em movimento está interligado com os fatores biológicos, socioculturais e políticos que determinam o processo saúde-doença. Cada corpo é o resultado de configurações biológicas, psicológicas e sociais determinadas por fatores genéticos, pela história de vida, por elementos culturais e acasos. Doutro lado saúde e doença dependem de processos dinâmicos determinados de forma simultânea e transversal por fatores que envolvem em vários níveis os corpos e sua relação com o meio ambiente. Observando nesta perspectiva a articulação entre corpo, movimento e saúde, é possível perceber como a ligação entre os processos orgânicos e celulares que acontecem durante uma atividade física e os significados atribuídos ao exercício com relação ao que cada um percebe como bem-estar, acontece de forma não linear e imprevisível, passando por respostas fisiológicas ao meio ambiente, construções culturais e fatores relacionais.

Uma caminhada na praça pode ser analisada sob diferentes olhares e perspectivas em relação a demanda de análise, aplicando uma simplificação necessária ao entendimento deste fenômeno. Contudo, assumindo a complexidade desta articulação, é necessário integrar estas abordagens simplificadoras em uma visão que consiga contemplar suas coexistência e interdependência.

Para uma leitura complexa de corpo, saúde e movimento é necessário concebê-los para além das simplificações e integra-los em uma abordagem que se preocupe não só a soma das partes mas também da totalidade dos fenômenos observados.

A culpa é do carteiro

Um homem vai ao médico para expor seus problemas de saúde. O médico depois de ter escutado o que o homem tem para falar, faz sua diagnose: ele tem que caminhar mais, pelo menos 30 minutos por dia e ter uma vida mais ativa. O homem consternado ao ouvir as palavras do médico afirma: "Doutor, eu sou carteiro, caminho oito horas por dia!"

Esta simples história me acompanhou desde minha primeira chegada no Brasil. Representa muito bem o que acontece quando se adota uma visão reducionista do corpo e conseqüentemente dos conceitos de saúde e de doença. Quais respostas pode dar a ciência médica para o nosso carteiro? Como deveríamos interpretar seu adoecimento uma vez que a solução universal dos famosos "30 minutos de atividade por dia" não se aplica? A medicalização da atividade física ao ponto de considerá-la um verdadeiro remédio a ser tomado e prescrito, representa uma simplificação perigosa de um fenômeno complexo e articulado com elementos da vida que não tem nada a ver com o simples ato de tomar um comprimido. Pois é tudo o que passa entre a o desejo e a necessidade, o sentido e o significado, o prazer e o sofrimento do corpo em movimento que determina nossas práticas em relação a saúde.

A objetificação do corpo por parte do modelo biomédico, necessário para compreender seu funcionamento e para posicioná-lo no mundo natural, precisa ser entendido e interpretado enquanto tal, uma dessubjetivação que o abstrai do

ecossistema no qual está inserido e com o qual interage, para simplificá-lo ao fim de explicá-lo cientificamente. Operando uma redução do corpo a sua dimensão biológica, e subordinando-lhe todas as outras dimensões, a ciência clássica através a linguagem da epidemiologia e da estatística determinou uma marginalização de tudo o que não podia ser calculado, previsto ou controlado, aproximando por defeito a ideia de corpo a aquela de organismo. Se o corpo se torna objeto, mantê-lo em saúde torna-se uma questão de “manutenção”. As estratégias de controle e disciplina, a imposição de estilos de vida pautadas na lógica segurança-risco e os imperativos de saúde que direcionam nossas escolhas, nada mais são que a representação no cotidiano do poder que a ciência tem em produzir discursos de verdade, exercer autoridade na divulgação dessas verdades e criar de modos de subjetivação que influenciam as práticas do corpo ao longo da vida, tanto individual quanto coletiva. A elaboração de estratégias de promoção da saúde através das práticas do corpo como atividade física, exercício e esporte tem que sair da lógica determinística que assume a dimensão biológica como única medida de implementação e avaliação. Promover a saúde através o movimento fora desta lógica não significa desconsiderar os benefícios em termos fisiológicos que a prática regular de exercício possibilita e seu aporte para a prevenção e o controle de certas doenças, mas pressupõe que estes sejam colocados em um processo mais amplo que passa por modelos de causalidade múltiplos e não necessariamente lineares.

Para uma leitura complexa de corpo, saúde e movimento é necessário considerar modelos de causalidade onde causa(s) e efeito(s) agem, retro-agem e interagem de forma dinâmica, não linear e intercambiável.

A importância do interstício

O interstício é definido como um pequeno espaço entre as partes de um todo ou entre duas coisas contíguas. Este é o lugar onde colocaria minha experiência no campo da Saúde Coletiva. Um espaço que foge (ou pelo menos tenta fugir) do enquadramento predefinido e classificador da ciência clássica, da “mutilação” simplificadora do modelo biomédico. Espaço que pertence a todos os campos que o delimitam, mas não corresponde a nenhum deles. “Não me parece possível, nem aceitável a posição ingênua ou, pior, astutamente neutra de quem estuda, seja o físico, o biólogo, o sociólogo, o matemático, ou o pensador da educação. Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade” afirmava Paulo Freire (1996). Estas palavras exprimem muito bem o sentido do percurso que me levou até o campo da Saúde Coletiva na tentativa de explorar as margens do conhecimento científico de forma interdisciplinar, crítica e política. No campo da Educação física, e mais ainda com relação ao tema saúde, existe uma forte subordinação ao modelo biomédico, que de fato resulta hegemônico em toda a área da saúde. Minha incapacidade em conformar-me com tal entendimento e a necessidade de olhar para além dos dados estatísticos e as evidências cientificamente comprovadas, traçaram meu caminho de pesquisador neste campo, enquanto a vivência do momento histórico de retrocessos e participação as lutas em defesa do Sistema Único de Saúde marcaram minha experiência de militante para a saúde como direito de todos e todas e dever do Estado.

Mecanicismo, reducionismo e linearização são algumas das ferramentas do método científico que caracterizou a modernidade e que a teoria da complexidade tenta superar para alcançar um conhecimento científico que não pretenda esgotar a realidade, mas que consiga explorar suas margens borradas e incertas. A fragmentação dos objetos, e a sucessiva hiperespecialização dos sujeitos científicos, levam a divisão hermética em disciplinas que conduz a simplificação dos fenômenos a meras somas de suas partes. Uma abordagem multidisciplinar não pode dar conta da complexidade dos processos que interessam a articulação do corpo em movimento com as condições de saúde, a multiplicidade das perspectivas disciplinares precisa

ser integrada e uma visão interdisciplinar que consiga conectar os saberes de cada disciplina para a resolução de um determinado problema. So ultrapassando as fronteiras disciplinares, e articulando saberes, perspectivas e métodos com o contexto e as subjetividades envolvidas é possível uma abordagem transdisciplinar e complexa. O saber científico precisa descer do seu pedestal de conhecimento absoluto e isolado para tornar-se relativo e contextual. Precisa pensar seus objetos de forma integral, olhando para a unidade e ao mesmo tempo para a multiplicidade, assumindo a integridade sem descartar a diversidade. Assim fazendo saúde e doença não poderão ser considerados como excludentes, mas diversos e unitários ao mesmo tempo, permitindo uma reavaliação dos nexos que as ligam a atividade física sob novos olhares, preocupados tanto com os diferentes modelos de causalidade, quanto com a contextualização das subjetividades dentro deste processo.

Para uma leitura complexa de corpo, saúde e movimento é necessário ultrapassar a abordagem multidisciplinar ao processo saúde-doença, triangulando saberes, práticas, problemas e estratégias em uma perspectiva transdisciplinar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com objetivo de investigar a articulação de corpo, saúde e movimento em uma perspectiva complexa foram colocados em análise diferentes fatores inerentes ao fenômeno da atividade física no campo da saúde. Os referenciais teóricos da Saúde Coletiva e do Pensamento complexo contribuíram substancialmente para a constituição do marco teórico-conceitual de referência, traçando uma reconstrução dos discursos relativos a essas temáticas internamente ao modelo biomédico e sucessivamente explorando as potencialidades de uma leitura complexa da supracitada articulação. O artigo “Por um conceito complexo de atividade física em saúde”, resultado da primeira parte do trabalho, representa uma panorâmica desta investigação mirada a identificar uma matriz teórica capaz dialogar, através a linguagem da complexidade, tanto com o campo da Saúde Coletiva, quanto com o da Educação física.

A ciência da complexidade constitui um campo de estudos em devir que proporciona, por seu caráter transdisciplinar e transformador, novas perspectivas de entendimento do processo saúde-doença, que precisam ser exploradas e aprofundadas. Tal desafio, que com certeza não pode ser esgotado no espaço de uma dissertação é, porém, fundamental para uma leitura crítica das políticas públicas de promoção da saúde e das práticas que essas põem em ato. Neste sentido a articulação entre corpo, saúde e movimento precisa ser investigada de forma crítica e transdisciplinar a partir das problemáticas que se apresentam nos vários níveis e dimensões do processo saúde-doença. O tecido no qual a articulação entre corpo saúde e movimento se encontra entrelaçada mostra quanto, além de ser possível, seja necessário e urgente aprofundar esta leitura da atividade física no campo da saúde à luz da complexidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. A Saúde e o Paradigma da Complexidade, Ciclo de estudos sobre “O Método” de Edgar Morin, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2004.

ALMEIDA FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, Contingência, Complexidade; o Futuro do Conceito de Risco, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1):95-137, Rio de Janeiro, 2007.

ALMEIDA, M. C. Complexidade, saberes científicos, saberes da tradição, Editora Livraria da Física, São Paulo, 2010.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription, Lippincot Willinams & Wilkins, Philadelphia, 1998.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, ACSM'S Guidelines for exercise testing and prescription, 9th edition, 2014.

ANDREWS, J. Educação para um estilo de vida ativo no século XXI, *Revista Brasileira de Ciencia e Movimento*, vol. 4, n.4, pp. 43-60, 1990.

BAGRICHEVSKY, M; CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Se dentário 'sem-vergonha', saudável 'responsável'? Problematizando a difusão do 'estilo de vida ativo' no campo sanitário In BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. A saúde em debate na Educação física, Vol. 3, Editus, Ilhéus, 2006.

BERCOVITZ, K. L. Canada Active Living Policy; a critical analysis, *Health Promotion International*, vol. 13, n.4, 1998.

BLAIR, S.; CONNELLY, J. How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. *Research Quartely for Exercice and Sport*, 1996.

BLAIR, S. N.; MONTE, M. J.; NICHMAN M. Z. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough?, *Am j Clin Nutr.*, 2004.

BORDIEU, P. *Risposte: per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

BOUCHARD, C. et al. *Exercise, fitness and health*, Human Kinetics Book, Illinois, 1990.

BRACHT, V. *Educação física & Ciência. Cenas de um casamento (in)feliz*, 4° ed., Unijuí, Ijuí, 2014.

- CASPERSEN, C. et al. Exercise, fitness and health: a summary. *Jornal Public Health Report*, 1985.
- CASTIEL, L. D. A medida do possível...saúde, risco e tecnobiociências, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.
- CASTIEL, L. D; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. A noção 'estilo de vida' em promoção de saúde:um exercício crítico de sensibilidade epistemológica In. BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A saúde em debate na Educação física, Vol. 2, Nova Letra, Blumenau, 2006.
- CHALMERS, A. F. O que é ciência afinal?, Editora Brasiliense, 1993.
- CSORDAS, T. J. Embodiment as a Paradigm for Anthropology, *Ethos*, vol. 18, 1990.
- CZERESNIA, D. O risco na sociedade contemporânea: relações entre ciência, cultura e saúde In BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. A saúde em debate na Educação física, Vol. 3, Editus, Ilhéus, 2006.
- DELEUZE, G. Espinosa e a Filosofia Prática. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.
- DESCARTES, R. Discurso do Método, Martins Fontes, São Paulo, 2001
- EDMONDS B. What is complexity? In: HEYLIGHEN F.; AERTS D. The evolution of complexity. Dordrecht: Kluwer; 1996.
- FENSTERSEIFER, P. E. Ciência In GONZALEZ, F. J; FENSTERSEIFER, P. E. Dicionario crítico de Educação física, 3º Ed. rev. e ampl., Editora Unijui, Ijuí, 2014.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. Saberes Necessários á Prática Educativa. 1996.
- FRAGA, B. A. Exercício da infomação. Governo dos corpos no mercado da vida ativa. Autores Associados, Campinas, 2006.
- FUSASCHI, M. Corporalmente corretto. Note di antropologia, Melusine, Roma, 2008.
- GATRELL, A. C. Complexity theory and geographies of health: a critical assessment, *Soc Sci Med*. 2005.
- HAGBERG, L. Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care, *Epidemiology and*

Public Health Sciences Department of Public Health and Clinical Medicine of Umeå University, Umeå, 2007.

HASKELL, W. et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for adults From the American College of Sport Medicine and the American Heart Association, *Circulation*, Vol. 116, 2007.

HAYES, M. V. On the epidemiology of risk – language, logic and social science, *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 4, p. 401-407, 1992.

KOYRÉ, A. Los albores de la ciencia clasica, *ContactoS*, 69, 43–48, 2008.

LE BRETON, D. La pelle e la traccia. Le ferite del sé, Meltemi, Roma, 2005.

LIMA, D.F.; LEVY, R.B.; LUIZ, O. C. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades, *Rev Panam Salud Publica*, 2014.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 3, n. 19, p.461-468, 2010.

MARLEAU-PONTY, M. A fenomenologia da percepção, Martins Fontes, São Paulo, 1994.

MATSUDO, V. K. R. Vida ativa para o novo milênio, *Revista Oxidologia*, vol. 8, n.5, pp. 18-24, 1999.

MAUSS, M. As técnicas do corpo In MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*, Cosac & Naify, Tradução de Paulo Neves, 1935.

MINAYO, M. C. S., O desafio do conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*, 10° ed. Hucitec, São Paulo, 2007.

MORAWSKA-VIANNA, A. C. Em busca de narrativas densas: questões acerca de realidades narrativas, subjetividade e agência social, *Cadernos de campo*, São Paulo, n. 16, p. 153-168, 2007.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*, 5° Edição, Editora Sulina, Porto Alegre 2005.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*, Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2014.

OPAS, *Promoción de la Salud: Una Antología*, Publ. Cient. 557. OPAS, Washington, 1996.

PALMA, A.; BAGRICHEVSKY, M. Estilo de vida In GONZALEZ, F. J; FENSTERSEIFER, P. E. *Dicionario crítico de Educação física*, 3° Ed. rev. e ampl., Editora Unijui, Ijuí, 2014.

PEARCE, N.; MERLETTI, F. Complexity, simplicity, and epidemiology, *International Journal of Epidemiology*, Volume 35, Issue 3, 1 June 2006, Pages 515–519, 2006.

PIZZA, G. *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2005.

POLLOCK, M.; FEIGENBAUM, M.; BRECHUE, W. Exercise prescription for physical activity fitness, *Quest*, 1995.

POSSAS, *Epidemiologia e sociedade*, Hucitec, Sao Paulo, 1989.

POWELL, K.E.; KREUTER, M.W.; STEPHENS, T.; MARTI, B. & HEINEMANN, L. The dimensions of health promotion applied to physical activity. *Journal of Public Health Policy*, 1991.

RESTREPO, H.E. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In: H.E. Restrepo & H. Málaga (Orgs.) *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2001.

SAMAJA J. *Epistemología de la salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004.

SANTOS, B. S., *A universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade*, 3° ed., Cortez, São Paulo, 2010.

SCHEPER-HUGHES, Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica In BOROFSKY, R. *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma, 1994.

SILVA, A. M. *Corpo, ciência e mercado*, Autores Associados, Campinas, 1999.

SUSSER, M. *Casual thinking in health sciences*, Oxford University Press, New York, 1973.

TERRIS, M. *Conceptos sobre Promoción de la Salud – Dualidades en la Teoría de la Salud Pública*, OPAS/OMS, Washington, 1992.

TUSO, P. Strategies to Increase Physical Activity, *The Permanente Journal*, 19(4): 84–88, 2015.

UE, *EU Physical Activity Guidelines Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*, EU Working Group "Sport & Health", 2008.

WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion,

Ottawa, 1986.

_____, Global Recommendations on Physical Activity for Health, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, 2010.

_____, Global action plan to preventing and control of noncommunicable disease 2013-2020, WHO Press, Geneva, 2013.

_____, The case for investing in public health. A public health summary report for EPHO 8, WHO Regional Office of Europe, 2014.