

Estilos de vida, *habitus* e promoção da saúde: algumas aproximações¹

Lifestyle, *habitus*, and health promotion: some approaches

Francilene Batista Madeira

Universidade Estadual do Piauí. Centro de Ciências da Saúde.
Teresina, PI, Brasil.
E-mail: francilenebm@yahoo.com.br

Dulce Almeida Filgueira

Universidade de Brasília. Faculdade de Educação Física.
Brasília, DF, Brasil.
E-mail: dulce.filgueira@gmail.com

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. Fortaleza, Brasil.
E-mail: malubosi@gmail.com

Júlia Aparecida Devidé Nogueira

Universidade de Brasília. Faculdade de Educação Física.
Brasília, DF, Brasil.
E-mail: julianogueira@yahoo.com

Resumo

Estilos de vida (EV) saudáveis são interpretados hegemonicamente como um conjunto de comportamentos individuais capazes de favorecer a saúde, entendida como fenômeno eminentemente biológico. O referencial teórico da Promoção da Saúde (PS), contudo, acrescenta o conceito da determinação social às discussões acerca das relações entre EV e saúde. Visando a favorecer a superação do modelo de culpabilidade individual centrada na abordagem de risco epidemiológico nas discussões sobre EV, recuperamos, na obra do sociólogo Pierre Bourdieu, o conceito de *habitus*. O propósito deste artigo é exercitar uma síntese das abordagens que, historicamente, permearam os discursos sobre EV e PS, introduzindo o conceito de *habitus* como mediador, o qual possibilita uma reflexão sobre o tema a partir das condições sociais existentes e das ações individuais historicamente construídas. A relevância dessa reflexão reside no fortalecimento conceitual do ideário da PS, e no favorecimento de ações integrais, inclusivas, participativas e de empoderamento social, como contraponto a ações prescritivas focadas na prevenção ou controle de doenças, ainda marcantes nas práxis em saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Ciências Humanas e Sociais em Saúde; Risco; Políticas de Saúde; Teoria Crítica; Saúde Coletiva.

Correspondência

Francilene Batista Madeira
Universidade Estadual do Piauí, Coordenação de Educação Física.
Rua João Cabral, 2.231, Pirajá. Teresina, PI, Brasil. CEP 64002-150.

¹ Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (Fapepi).

Abstract

Healthy lifestyles (LS) are hegemonically interpreted as a set of individual behaviors capable of promoting health, which is understood as an eminently biological phenomenon. The theoretical framework of Health Promotion (HP), however, adds the concept of social determination to the discussions on the relationships between LS and health. Aiming to overcome the model of individual culpability focused on the epidemiological risk approach in the discussions on LS, we retrieved the concept of *habitus* from the work of sociologist Pierre Bourdieu. This article aims to summarize several approaches that historically permeated the discourses about LS and HP, introducing the concept of *habitus* as a mediator, which allows for a reflection on the topic from the existing social conditions and the historically constructed individual actions. This reflection is important because it conceptually strengthens HP ideas and promotes comprehensive, inclusive, participatory, and social empowerment actions, as opposed to prescriptive actions focused on disease prevention or control, which still prevail in the health praxis.

Keywords: Health Promotion; Social Sciences; Risk; Health Policy; Social Theory; Public Health.

Introdução

Produções científicas centradas na epidemiologia dos comportamentos de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis (Morris et al., 1953; WHO, 2015), como inatividade física, dietas inadequadas, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, colocaram o Estilo de Vida (EV) como tema prioritário nas agendas políticas contemporâneas, em especial no âmbito da saúde pública (Brasil, 2006; 2015; UN, 2016; WHO, 2015).

Tradicionalmente, a fundamentação teórica que apoia essas publicações concebe EV como um conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa e, portanto, modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada sujeito. Essa forma de tratamento, ainda vigente, acompanha a abordagem do risco e da normatização dos comportamentos considerados “saudáveis”, ao favorecer uma regulação social que, no nível das práticas cotidianas, responsabiliza sujeitos e populações por seus problemas de saúde (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010; Ferreira; Castiel; Cardoso, 2017), desconsiderando a dimensão subjetiva e o contexto sócio-histórico em que tais práticas se inscrevem.

Críticas a essa abordagem de EV decorrem, portanto, por não adotarem olhar complexo sobre o tema, de modo a permitir considerar aspectos sociais, como o modelo econômico e a cultura, incidentes na construção coletiva das práticas. Não obstante, muitas publicações reconhecem expressamente os efeitos que o contexto social pode exercer sobre o comportamento humano (Cockerham, 2014; Ferreira; Castiel; Cardoso, 2017; Menéndez, 1998). Contudo, grosso modo, não se considera EV como constructo derivado de processos dialógicos e históricos, excluindo-se das análises os modos de subjetivação dos quais derivam os diversos EV, assim como os processos de globalização e homogeneização de comportamentos, cada vez mais presentes na hipermodernidade (Cockerham, 2014).

Com vistas a superar tais limitações, o referencial teórico da Promoção da Saúde (PS) nos apresenta o conceito de determinação social, que agrega outros níveis ao modelo centrado no sujeito biológico para pensar a relação entre EV e saúde (Czeresnia, 2009; WHO, 1986). Evidencia fatores econômicos, políticos, ambientais e culturais como determinantes ou condicionantes dos processos de adoecimento e destaca o poder de coletividades “empoderadas” na construção de EV saudáveis (Czeresnia, 2009; Marcondes, 2004). Apesar de esse modelo nos ajudar a superar o discurso da culpabilidade individual centrada na abordagem de risco epidemiológico, e de destacar o papel social do indivíduo na construção de sua realidade cotidiana, ainda dá pouco destaque à subjetividade nas discussões sobre EV.

É nessa perspectiva que nos aproximamos do conceito de *habitus*, de Pierre Bourdieu (2011), cujo extenso trabalho tem sido reconhecido como contribuição altamente relevante para estudar as expressões socialmente incorporadas de práticas individuais (Assumpção; Golin, 2016; Cockerham, 2005; Montagner, 2006; Setton, 2002). Ancorado em reflexões teóricas da relação conflituosa entre estrutura e agência, e entre estruturas sociais externas e experiências subjetivas, seus estudos nos ajudam a desnaturalizar conceitos e compreender o EV como produto do *habitus*, colaborando para identificar e questionar as ideologias imbricadas nos modos de viver das pessoas (Bourdieu, 2011).

Tais considerações apresentam implicações nas concepções de saúde que orientam, não somente produções intelectuais, mas formações e práticas em saúde (Czeresnia, 2012). Sendo a atividade física e a alimentação fenômenos a que se emprestam normatizações “saudáveis” e objetos das práxis de diversas profissões da área de saúde, torna-se relevante construir tais aproximações de modo a enfatizar as subjetividades e transformações das condições de vida como centrais nos processos de PS, a fim de favorecer a superação dos discursos normativos e culpabilizantes de mudanças de hábitos, considerados de forma reduzida e redutora (Bagrichevsky; Estevão, 2012; Ferreira; Castiel; Cardoso, 2017).

Histórico no campo teórico: as concepções de estilo de vida e promoção da saúde

O termo EV e seus principais desenvolvimentos derivam do campo das ciências humanas e sociais, tais como Sociologia e Antropologia, a partir de referenciais como o marxismo, a sociologia compreensiva de Weber, a psicanálise e o culturalismo antropológico americano. Para essas ciências, os EV são padrões grupais, sobre os quais a estrutura social exerce influência significativa na produção dos comportamentos (Cockerham; Rütten; Abel, 1997; Menéndez, 1998; Montoya; Salazar, 2010).

Não obstante, no campo da saúde, EV é majoritariamente objeto de estudo da epidemiologia, numa perspectiva restrita e fragmentadora, na medida em que reduz o complexo a variáveis, com vistas a identificar comportamentos de risco e de proteção à saúde e de suas associações com doenças crônicas (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010; Menéndez, 1998). A hegemonia desse enfoque favorece compreensões deterministas, fundadas em relações de causa e efeito, nas quais riscos de adoecer são associados preponderantemente às escolhas individuais, oferecendo fundamentos a discursos centrados na culpabilidade individual (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010; Menéndez, 1998).

Ao omitir os determinantes sociais de seu modelo de análise, portanto, abstraindo a dimensão político-econômica, essa construção teórica funciona como instrumento ideológico que arrefece reivindicações de saúde como direito social, fortalecendo a noção de saúde privada e da privatização dos serviços em saúde. Em adição, se distancia das interpretações originais do conceito de EV formulado pelas ciências sociais (Breilh, 2006; Cockerham; Rütten; Abel, 1997; Menéndez, 1998).

Uma parcela do campo da saúde liderada pelas ciências sociais e humanas aponta o referencial da PS como movimento que buscou discutir o EV, desde seus documentos iniciais - como o relatório Lalonde (1974) e sua visão da responsabilização do sujeito pela prevenção de doenças - até a superação desse enfoque com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), documento síntese da I Conferência

Internacional sobre PS, considerada um marco em sua perspectiva mais contemporânea, ao suplantando a visão preventivista e individualista de PS (Czeresnia, 2009; Marcondes, 2004; WHO, 1986).

Desse modo, a PS avança teoricamente priorizando a saúde, a construção de políticas públicas e de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis. Dá destaque ao fortalecimento da ação comunitária, à reorganização dos serviços de saúde com foco na atenção primária, e ao desenvolvimento de habilidades pessoais. Passa a discutir e incorporar valores relacionados à cultura de paz, equidade e justiça (Czeresnia, 2009; WHO, 1986).

Tentando acompanhar a evolução conceitual da PS, EV passa a ser definido pela Organização Mundial de Saúde como o “conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício” (WHO, 2004).

No Brasil, mudanças paradigmáticas em saúde foram fundamentais para a consolidação da reforma sanitária. A política de saúde definida na Constituição de 1988 e regulamentada na Lei Orgânica da Saúde de 1990 avançou na ampliação da noção de saúde considerando como seus determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (Brasil, 1988; 1990). O Sistema Único de Saúde legitima essa concepção ampliada ao centrar o modelo de atenção à saúde na sua promoção, em nível comunitário e primário, buscando deslocar a centralidade dos processos de saúde do médico para o cidadão, e dos tratamentos às doenças para a reformulação de ambientes em favorecedores da saúde (Brasil, 1990).

Com grande impulso a partir dos anos 2000, a PS no Brasil se fortalece com a publicação da Política Nacional de PS, em 2006. Nesse momento, a política faz introdução conceitual sobre PS em sua perspectiva mais contemporânea e destaca sete ações prioritárias: alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por

uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006). Mais uma vez, de forma ambígua, comportamentos saudáveis são indicados como aspectos de PS, sem que fiquem claras suas relações com aspectos macroestruturais da sociedade (Rocha et al., 2014). Visando a sobrepujar essa ambiguidade, a recente revisão da Política Nacional de PS publicada em 2014 retoma a discussão dos princípios, valores e diretrizes que devem subsidiar as ações em PS, entendidas como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, e tendo o princípio da equidade como base da distribuição de oportunidades, considerando especificidades individuais e coletivas (Brasil, 2015; Rocha et al., 2014).

Não obstante as limitações de qualquer representação esquemática, um modelo visual interessante das inter-relações entre fatores individuais e macrodeterminantes foi proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), no qual escolhas, comportamentos e EV estão situados na camada intermediária entre determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos, e aspectos individuais, como idade, sexo e genética (Figura 1). De acordo com o modelo, comportamentos são opções feitas por indivíduos, mas podem ser condicionados por acesso a informações e serviços, pressão dos pares e padrões culturais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Desse modo, pensar sobre escolhas e EV nos conduz a um território complexo que ainda demanda análises e, sobretudo, investimentos conceituais.

Na perspectiva de enriquecer a reflexão sobre EV e PS, e buscando dialogar com e pôr em diálogo as duas abordagens vigentes - uma que responsabiliza o indivíduo pela adoção de comportamentos não saudáveis e outra que destaca a interação das pessoas com o contexto na definição dos comportamentos, hábitos e EV (Cockerham, 2005; Gómez, 2013) - apresentamos a seguir fundamentos que nos ajudam a fortalecer a visão de que, para além da materialização de uma narrativa especial de autoidentidade, o EV é construído social e coletivamente (Cockerham, 2005).

Figura 1 – Os determinantes sociais da saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: adaptada de Buss e Pellegrini Filho, 2007

Habitus: uma abordagem complexa para a compreensão do estilo de vida

Habitus é um conceito central no pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002) em seus estudos da relação indivíduo-sociedade, nos quais exerce forte poder explicativo e analítico. Cabe reconhecer a origem aristotélica de *hexis* e o longo percurso no pensamento ocidental, relacionado ao caráter moral que orienta os sentimentos, desejos e condutas, e a contribuição de autores clássicos da sociologia, como Durkheim, Marx e Weber para sua abordagem (Wacquant, 2007). Consoante Wacquant (2007), apenas no século XVIII o termo *habitus* foi traduzido para o latim por São Tomás de Aquino, e incorporado na *Summa Theologiae*, assumindo sentido de disposição durável e suspensa.

Segundo Bourdieu (2009, p. 87), o *habitus* pode ser entendido como

sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar

como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e o domínio expresso das operações necessárias para alcançá-los.

O *habitus* deriva de condições de existência particulares. Assim, é, a um só tempo, individual e coletivo, significando que pode gerar e unificar práticas coletivas com características peculiares, resultando na aproximação aqui focalizada, em um EV único. Assim, EV pode ser compreendido como produto do *habitus* historicamente construído mediante as experiências que são modeladas e incorporadas “inconscientemente”, a partir das relações sociais que integram as condições de vida e a posição dos agentes (Wacquant, 2002). Noutras palavras, *habitus* é produtor de ações, ao tempo em que ele próprio é introjetado. Atualizando-se nas práticas e nas representações, ou seja, nos planos objetivo e subjetivo.

Ao analisar a trajetória intelectual de Bourdieu, percebemos centralidade na teoria da prática e foco na análise dos mecanismos de dominação da produção de ideias e da gênese das condutas. Na perspectiva do conhecimento que Bourdieu nomeia como praxiológico, o “objeto não é somente o plano das relações objetivas [...] mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las” (Ortiz, 1983, p. 40). Sua obra apresenta os conceitos de campo, *habitus* e capital, como conceitos-chave para a mediação entre agente social e sociedade (Bourdieu, 2011). Para os fins deste artigo, nos aproximamos dos contributos de Bourdieu, particularmente do conceito de *habitus*, para favorecer a compreensão da “determinação social dos EV”, em sintonia com a determinação social da saúde, ideário tão caro à PS.

A concepção de *habitus*, dado seu caráter dialético, converge a perspectiva pessoal do “livre-agir”, bastante disseminada e aceita na contemporaneidade, com a percepção da influência do contexto nas decisões e na reprodução dos comportamentos, considerando que a vontade do “livre-agir” mantém relações com os ambientes, também chamados de “estruturas estruturantes”, que podem ser favoráveis ou desfavoráveis a determinadas escolhas e mudanças de comportamento (Bourdieu, 2011), o que relativiza esses atos quanto à autonomia que desfrutam. Em acréscimo, é uma premissa que deve fundamentar o desenho de ações em saúde, não raro, descontextualizadas culturalmente na diversidade dos territórios e nas quais se observa a exclusão dos sujeitos, ou melhor, da intersubjetividade que não pode estar ausente nas políticas de saúde (Caliman; Tavares, 2013; Castiel; Sanz-Valero; Vasconcellos-Silva, 2011).

Também é importante considerar que a proximidade entre determinados grupos sociais corrobora para que tenham necessidades objetivas operadas pelo mesmo *habitus*, podendo apresentar semelhanças nos discursos e nos comportamentos, o que resulta em EV distintos e distintivos entre grupos ou populações (Bourdieu, 2011). O conceito de *habitus* auxilia a compreensão do sentido de homogeneidade de alguns comportamentos e percepções de saúde de grupos que tenham compartilhado histórias de

vida, mas Setton (2002) destaca a compreensão das complexidades e elementos cambiantes nas vivências em saúde que integram o EV dos agentes sociais indicando que *habitus* é um sistema em construção e mutação.

Assim, para compreender o *habitus* é necessário analisar a trajetória de socialização e subjetivação dos indivíduos ao longo da vida, e compreender práticas sociais a partir da integração histórica entre passado e presente. Ele se vincula a um processo socializador de longa duração, iniciado no que se denomina “socialização primária”, tendo a dimensão inconsciente, no sentido de adesão subliminar e isenta de reflexividade, como um de seus pilares (Setton, 2002). Em adição, é fundamental a clareza de que outros conceitos como o capital e sua desigualdade de distribuição, e o campo e o espaço social motivam práticas sociais, como bem explicitou Bourdieu (2011) em sua “teoria da prática”, assim como a tradição crítica. O espaço social é “essa realidade invisível, que não podemos mostrar nem tocar e que organiza as práticas e as representações dos agentes” (Bourdieu, 2011, p. 24).

Montagner (2006) frisa o caráter inovador do conceito, que possibilita a mediação teórica entre as estruturas e o contexto histórico em que estão inseridos os agentes sociais, e apresenta que o *habitus* funciona no limite de três lógicas distintas: a da retenção, que diz respeito à *hexis* corporal, o capital físico acumulado ao longo do tempo e que singulariza formas corporais e posturas que marcam o conjunto da trajetória do indivíduo ou de grupos de indivíduos; a de mediação, que se revela na visão de mundo que cada indivíduo forma a partir de sua vivência cotidiana; e a de classificação, na qual indivíduos projetam suas singularidades marcadas pela trajetória social, por sua vez construída em espaços sociais permeados por relações desiguais entre indivíduos que possuem diferentes capitais sociais. O conceito de campo, transversal à obra de Bourdieu, cuja análise não será aqui aprofundada, esclarece a acumulação de diferentes modalidades de capital.

A partir dessas concepções, alguns autores avançam na discussão das relações entre EV e *habitus*. Para fins de ilustração, citamos William Cockerham (2005) que combina a noção de *habitus*

com a teoria clássica de Max Weber para analisar o fenômeno do EV a partir do pressuposto da relação dialética entre escolhas e oportunidades de vida. Para o autor, EV é formado por padrões coletivos de comportamento relacionados à saúde com base em escolhas de opções disponíveis para pessoas de acordo com suas chances de vida. Os humanos têm a capacidade de escolher seu EV, mas suas escolhas são limitadas por suas condições de vida. Breilh (2006, p. 46) vai além e afirma que “essa relação dinâmica entre modo de vida, EV e *habitus*, enraíza-se em uma poderosa influência dos gostos e opções de vida cotidiana, os quais, sempre dentro da margem das possibilidades e realidades factíveis do modo de vida, contribuem para determinar os estados orgânicos e as condições geno-fenotípicas”.

Considerações sobre *habitus*, estilo de vida e promoção da saúde atualmente

Já se passaram trinta anos desde que a Carta de Ottawa (WHO, 1986) adotou definição avançada de PS, considerando a perspectiva ampliada do processo saúde-doença-cuidado para além do enfoque preventivo e da “culpabilidade” individual. Diversas políticas públicas e programas reconhecem e preveem a criação de ambientes favoráveis à saúde, que atendam às necessidades de saúde através de medidas intersetoriais, do empoderamento comunitário e do desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida.

No entanto, a hegemonia de um modelo cartesiano e biomédico no setor saúde e os interesses a que se vincula segue dificultando a tradução dessa teoria, gerando documentos ambíguos e por vezes contraditórias com efeitos não apenas no plano teórico, mas na materialidade do sistema de saúde brasileiro, impedindo ou atrasando a transição das práticas em saúde para modelos mais integrais e participativos (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Czeresnia, 2012). A fragmentação dos comportamentos e sua classificação como “fatores de risco” podem estimular mudanças nos comportamentos individuais, mas limita a compreensão em termos de EV. Análises e intervenções, por exemplo, sobre comportamentos

de sedentários e obesos não devem ser reduzidas ao risco em si; devem considerar também as condições em que os sujeitos (re)produzem suas vidas (Castiel; Sanz-Valero; Vasconcellos-Silva, 2011; Menéndez, 1998) e as modulações subjetivas atinentes ao corpo e à alimentação.

Ao menos parte do problema reside na produção do conhecimento e na formação profissional em saúde, quando baseada na visão causal unilinear e numa compreensão da relação entre EV e PS que desconsidera a determinação social desses fenômenos (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Chiesa et al., 2007; Haddad et al., 2010). Não se trata de negar o “livre-agir” que compõe o EV, mas de problematizá-lo, colocá-lo em perspectiva ante discursos que se constroem a partir de leituras simplificadoras.

Na contemporaneidade não faz sentido admitir análises que defendem a autonomia dos indivíduos sobre seus comportamentos de forma desconectada da realidade socioeconômica, em que mudanças de hábitos seriam, antes de tudo, fruto de decisões de foro íntimo e de “força de vontade”, não raro, desdobrando-se em atitudes geradoras de estigma no cotidiano da produção do cuidado (Caliman; Tavares, 2013; Castiel; Guilam; Ferreira, 2010). É preciso reconhecer que o EV atual é afetado por várias transformações sociais, desde a multiculturalização do conteúdo ofertado até o consumo de massa, ambos estimulados pela globalização e pelas novas tecnologias (Bauman, 2003; Cockerham, 2014).

Produções científicas hegemônicas na saúde ajudam a construir narrativas que culpabilizam indivíduos e privatizam soluções para problemas advindos de EV não saudáveis (Castiel; Sanz-Valero; Vasconcellos-Silva, 2011). Nesse cenário, as estratégias de educação em saúde e PS têm eficácia limitada, uma vez que a saúde e o EV da população, e a própria formação profissional em saúde, ficam sujeitas à mercantilização (Gómez, 2013). Isso traz à tona a relevância das discussões conceituais sobre “ser saudável”; do papel da ciência na produção desses conhecimentos; e da submissão da ciência e da política às leis do mercado (Cockerham, 2005; Caliman; Tavares, 2013).

A abordagem do risco individual favorece pessoas de classes socioeconômicas mais privilegiadas, com melhor nível educacional e fácil acesso aos

bens de consumo. Por isso, é imperativo utilizar um paradigma mais integral, ético e moral, que atenda às necessidades das classes menos privilegiadas (Gómez, 2013). Políticas públicas em saúde devem, antes de tudo, acontecer por meio de ações coordenadas que considerem o princípio da equidade da distribuição de renda, das políticas sociais, e de acesso aos bens e serviços (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Marcondes, 2004).

Este ensaio busca, portanto, recuperar um conceito que expõe algumas raízes históricas, epistemológicas e intrinsecamente políticas das tensões e lacunas em relação às teorias que embasam discussões como as que se desdobram sobre EV e PS, com extensos debates na literatura. Nessa perspectiva, a aproximação do campo da saúde ao conceito de *habitus* pode representar mais um subsídio para a compreensão sobre como condicionantes exteriores influenciam na escolha dos comportamentos das pessoas; quais rotinas pessoais apresentam as características específicas de um grupo ou classe social e como estão sendo formadas as percepções sobre o EV e a saúde. Ela também nos ajuda a pensar a relação e as mediações entre condicionamentos sociais exteriores e subjetividade dos sujeitos (Setton, 2002).

A reflexão realizada nos limites deste espaço pode representar heurística para compreender os padrões complexos e profundamente enraizados de determinados EV e comportamentos que cotidianamente são associados a problemas prevalentes na saúde pública e que são objetos das produções científicas e das práticas realizadas pelo campo da saúde. Nesse percurso ficam claras as diversas etapas e facetas envolvidas na construção de hábitos saudáveis e as dificuldades de modelos teóricos capazes de desvendar a complexidade e superar as dificuldades presentes na abordagem desse desafio no campo da saúde coletiva.

Compreender o EV como *habitus* significa reconhecer que o hábito tem um componente dinâmico e dialético, portanto, mudanças podem ser acionadas de diversas formas: os agentes sociais podem adotar novos comportamentos que contribuirão para a melhor gestão do seu EV e de suas condições de saúde (Setton, 2002), e que os processos de subjetivação não podem ficar fora do modelo.

Se quisermos realmente modificar as *práxis* em saúde sobre o EV, é imperativo que pesquisadores, professores, estudantes, profissionais e formuladores de políticas públicas em saúde compreendam a complexidade do fenômeno. Há referenciais teóricos que nos auxiliam, no campo da saúde a visualizar com mais acurácia os múltiplos aspectos que cercam a formação do *habitus*, notadamente ao exercermos processos de produção do conhecimento, e de “diagnóstico e prescrição” tão presentes nas práticas em saúde.

Este ensaio, longe de se pretender exaustivo, procurou sistematizar algumas aproximações entre os conceitos de EV, PS e *habitus*, como constructo possível para favorecer a construção da saúde em sua perspectiva individual e coletiva, de forma sustentável e duradoura. Procurou também indicar certas tensões subjacentes às estruturas que dificultam o avanço desses processos.

Referências

- ASSUMPÇÃO, L. O. T.; GOLIN, C. H. Reflexão sociológica sobre o conceito de *habitus* relacionado à prática de atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. O imperativo da epidemiologia dos fatores de risco em face das desigualdades sociais: agenciamentos discursivos sobre o sedentarismo. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 89-102, out. 2012.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- BOURDIEU, P. *O senso prático*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <<https://goo.gl/HwJ1Q>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições

- para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<https://goo.gl/FDaPDC>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. v. 7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/rZmZ5>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A. Saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CALIMAN, L. V.; TAVARES, G. M. O biopoder e a gestão dos riscos nas sociedades contemporâneas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 33, n. 4, p. 934-945, 2013.
- CASTIEL, D. L.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. *Das loucuras da razão ao sexo dos anjos*: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.
- COCKERHAM, W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, v. 46, n. 1, p. 51-67, 2005.
- COCKERHAM, W. C. The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1031-1039, 2014.
- COCKERHAM, W. C.; RÜTTEN, A.; ABEL, T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, Berkeley, v. 38, n. 2, p. 321-342, 1997.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 1-7.
- CZERESNIA, D. *Categoria vida: reflexões para uma nova biologia*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Does sedentarism kill? Study on comments by readers of a Brazilian online newspaper. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 15-28, 2017.
- GÓMEZ, D. P. Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque biomédico. *Apuntes Universitarios*, Tarapoto, v. 3, n. 1, p. 9-26, 2013.
- HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.
- LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974.
- MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.
- MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, Cidade do México, v. 16, n. 48, p. 37-67, 1998.

- MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 515-526, 2006.
- MONTOYA, L. G.; SALAZAR, A. L. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*, Mérida, v. 14, n. 49, p. 287-296, 2010.
- MORRIS, J. N. et al. Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet*, Londres, p. 1053-1057, 21 nov. 1953.
- ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
- ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.
- SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, maio/ago. 2002.
- UN - UNITED NATIONS. *Global Sustainable Development Report 2016*. New York: Department of Economic and Social Affairs, 2016.
- WACQUANT, L. J. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 19, p. 95-110, nov. 2002.
- WACQUANT, L. J. D. Esclarecer o habitus. *Educação & Linguagem*, São Paulo, v. 10, n. 16, p. 63-71, 2007.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion: first International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. WHO, Genebra, 1986. Disponível em: <<https://goo.gl/uD5cmd>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A glossary of terms for community health care and services for older persons*: WHO Centre for Health Development: ageing and health technical report. Genebra, 2004. v. 5. Disponível em: <<https://goo.gl/vLUmxu>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Noncommunicable diseases progress monitor*: 2015. Genebra, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/CMGwnc>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

Contribuição das autoras

Madeira foi a responsável pela concepção, redação inicial do manuscrito e adequação às normas da revista. Nogueira orientou o trabalho, ordenou e configurou o texto e realizou a revisão final do manuscrito. Bosi e Filgueira contribuíram com o referencial teórico e fizeram revisão crítica do texto. Todas as autoras contribuíram para a redação e revisão do manuscrito e aprovaram a versão final a ser publicada.

Recebido: 13/07/2017

Aprovado: 11/01/2018