



Empoderando vidas.
Fortalecendo nações.

**MOVIMENTO É VIDA:
ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS
PARA TODAS AS PESSOAS**

Relatório Nacional de
Desenvolvimento Humano do Brasil
2017

Lesões, excessos e compulsões no âmbito das atividades físicas e esportivas (AFE): conceitos, abordagens e reflexões

*Dr. Jaison José Bassani
Dra. Ana Cristina Richter
Núcleo de Estudos e Pesquisa Educação e Sociedade
Contemporânea (UFSC/CNPq)*

INTRODUÇÃO

Em uma concepção ampliada de desenvolvimento humano (DH), não apenas indicadores sobre o crescimento econômico, a renda ou os recursos materiais de uma sociedade são considerados para aferir a qualidade de vida ou o bem-estar de uma população. Ela considera também as pessoas e as características sociais, culturais e políticas que influenciam o DH, de modo interdisciplinar, tendo em vista o alargamento da compreensão dos fenômenos sociais e a criação de cenários onde todas elas possam ver seus direitos garantidos, suas escolhas exercidas e viver vidas produtivas e criativas¹. Esses cenários são constituídos pela educação, pelo trabalho, por uma renda decente, pela saúde, pela segurança, pelo lazer, que promovem contextos propícios ao DH, junto aos quais situam-se as atividades físicas esportivas (AFEs) como práticas sociais polissêmicas vinculadas à promoção da saúde, à prática educativa, às atividades de lazer ou como direito social, à prevenção de doenças, à democratização do acesso ao esporte, à socialização, ao meio ambiente, ao reconhecimento e valorização de distintas culturas, à sustentabilidade.

Com esse entendimento e considerando a valorização do lazer como um direito social e o dever do Estado no fomento às práticas esportivas formais e informais expressos na Carta Constitucional brasileira de 1988, iniciativas vêm sendo realizadas no Brasil em torno das AFEs, envolvendo políticas públicas, diretrizes e programas de diferentes âmbitos (federal, estadual e municipal), visando a valorização e o incentivo da população na relação com estas práticas.

Esses esforços que vêm sendo empreendidos em relação às AFEs no Brasil apontam para uma perspectiva multifatorial e interdisciplinar, materializados, por exemplo, em publicações, ações, campanhas e programas dos Ministérios da Educação, do Esporte e da Saúde, como é o caso da “Campanha de Incentivo à Atividade Física” (2015), da “Política Nacional de Promoção da Saúde” (2006/2013), do “Plano Nacional de Educação” (2014), da “Academia da Saúde” (2011), do “Programa Segundo Tempo” (2003) e do “Programa Esporte e lazer da Cidade” (2003), entre outros. Em todos esses documentos e ações, tem-se uma visão consensual das AFEs como fator de melhoria da qualidade de vida, das capacidades físicas e habilidades motoras, da saúde, da autoestima, da integração social etc.; como contributivas para o desenvolvimento integral e para a educação integral; como contraponto à exposição às drogas e à criminalidade etc.; como contributo frente ao quadro atual de injustiça, exclusão e vulnerabilidade social; como promotoras de



igualdade; como lazer e recreação; e como produtora de modos de vida saudáveis e sustentáveis, como o autocuidado, ou mesmo como base para a formação de atletas, entre outros aspectos.

Por um lado, e apesar de todos os esforços, a maior parte da população brasileira não se envolve com as AFEs, conforme aponta pesquisa desenvolvida pelo Ministério do Esporte em todas as regiões do país, denominada “Diagnóstico Nacional do Esporte” – Diesporte, publicada em 2014.² A pesquisa apresenta uma classificação geral sobre as práticas de atividades físicas e esportivas que mostra que 25,6% dos brasileiros é praticante de esportes, 28,5% é praticante de atividades físicas e 45,9% é não praticante, de modo que a estimativa é de que cerca de 67.343.000 de habitantes são sedentários no Brasil.

A inatividade física e esportiva é apontada na literatura científica como fator de risco para a saúde e o bem-estar, ampliando a incidência de câncer, diabetes, osteoporose entre outras doenças e associando-se à mortalidade, à debilidade física em idosos, à depressão e à ansiedade, à obesidade adulta e infantil, entre outros aspectos, como aponta revisão de literatura realizada sobre o tema.³ As conclusões apontadas a partir das sínteses das pesquisas analisadas destacam que não se deve considerar os indivíduos sedentários como saudáveis, que a atividade física é essencial para a função normal (fisiológica) do organismo, que ela pode ser praticada a baixo custo, de modo seguro e que pode reduzir sobremaneira a necessidade de medicamentos, se corretamente recomendada.³

A recomendação correta é fundamental, uma vez que a falta de orientação e conhecimento pode contribuir para a ocorrência de lesões, incluindo aquelas que acontecem por excesso e supertreinamento (overtraining), que acometem atletas de alto rendimento, mas também outros grupos de praticantes de AFEs e que nos apontam para aspectos negativos também presentes na relação entre DH e AFEs. Em outros termos, para além do sedentarismo, que vem sendo combatido no Brasil mediante políticas, programas e ações governamentais – entre as quais as supracitadas – e não governamentais, estudos e pesquisas começam a ser realizados em torno do seu oposto: o excesso. Seus resultados colocam em xeque elementos inerentes às próprias AFEs e o modo como eles têm sido produzidos, veiculados, interpretados, vivenciados em nossa sociedade, como é o caso das lesões, dos excessos e das compulsões associados a essas práticas. Essas tópicas – muitas vezes vinculadas a transtornos mentais no campo da psiquiatria – aparecem implicadas por pelo menos dois aspectos efetivos: o corpo e a imagem corporal e a

cultura midiática ou as tecnologias de informação e comunicação. De modo mais abrangente, essas tópicas são analisadas e compreendidas nesses estudos como expressão, com diferentes graus de interdependência e conexão, da relação entre o individual e o cultural/social.

Nas próximas páginas, objetivamos apresentar um panorama geral de como lesões, excessos e compulsões em associação com as AFEs têm sido investigadas e compreendidas em diferentes áreas do conhecimento no exterior e especialmente no contexto brasileiro. A partir das sínteses das conclusões e recomendações decorrentes dessas pesquisas, pretendemos apontar aspectos gerais e específicos que deveriam ser considerados, a partir da concepção ampliada de DH antes referida, na construção de políticas públicas e de linhas de ação em relação às lesões, aos excessos e às compulsões associados às AFEs.

1. Lesões associadas às AFEs

Se, por um lado, a divulgação por diversos meios das informações sobre os benefícios das AFEs para a promoção da saúde tem gerado um aumento gradual no número de praticantes – embora ainda não de forma expressiva em nosso país, conforme dados da pesquisa realizada pelo Ministério do Esporte, anteriormente referida, que revelam que 45,9% da população brasileira é sedentária² –, por outro, uma consequência negativa desse crescimento são as lesões decorrentes da prática de AFEs, que acometem grande e diversificada quantidade de pessoas.

Essas lesões, chamadas comumente de lesões desportivas (LDs), têm sido aferidas e analisadas em atletas e outros tipos de praticantes de distintas modalidades e atividades em pesquisas de diferentes áreas do conhecimento no Brasil e no exterior, desde pelo menos os últimos 30 anos. Embora o termo LDs tenha sido usado com frequência no âmbito acadêmico, profissional (de médicos, profissionais e professores de Educação Física e fisioterapeutas, por exemplo), de divulgação científica e popularização da ciência e no jornalismo, trata-se, contudo, de uma nomenclatura que não é consensual. Para alguns autores,^{4,5,6} não há propriamente “lesões desportivas”, mas apenas lesões, das quais algumas delas acontecem em decorrência da prática de AFEs. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) parece partilhar dessa compreensão, pois na Classificação Internacional de Doenças para as Causas Externas, esquema detalhado de classificação das lesões que complementa a Classificação Internacional de Doenças (CID), e que serve como guia tanto aos pesquisadores quanto aos profissionais sobre



como classificar e codificar dados acerca das lesões em concordância com os padrões internacionais,⁷ o único código que menciona diretamente o termo “esporte” como causa externa de uma lesão é o W21, que se refere a “golpe ou pancada contra equipamento esportivo”.⁸ Contudo, há um conjunto de categorias que são fornecidas para serem usadas como variáveis separadas, além das categorias CID W00-Y34, para identificar, quando relevante, o local de ocorrência da causa externa, e que incluem, no código 3, “áreas de esporte e atletismo”.⁸

Também não há consenso na literatura científica sobre os critérios que permitiriam caracterizar uma “lesão desportiva” e, portanto, o emprego de uma definição mais precisa e uniforme do termo.⁹

Apesar dessa indeterminação em relação à nomenclatura, é visível o crescimento do interesse sobre a problemática das lesões por parte de áreas e subáreas do conhecimento, como Educação Física, Fisioterapia, Medicina, Ortopedia, Epidemiologia, Saúde Pública e Saúde Coletiva, entre outras. Esse interesse está associado, em parte, ao desenvolvimento interno e à crescente especialização de temas e objetos de pesquisa e intervenção no interior dessas áreas, mas também à quantidade e frequência com que lesões relacionadas às AFEs são reportadas por pessoas cotidianamente, demandando por parte de pesquisadores e profissionais a ampliação do fundo de conhecimentos sobre esses agravos, objetivando o seu diagnóstico, tratamento e prevenção.

As lesões, intencionais ou não, incluindo aquelas presentes nas AFEs, são consideradas um grande problema de saúde pública pela OMS. De acordo com o Manual de vigilância das lesões, publicado em 2001 por essa organização em conjunto com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta/EUA – traduzido e publicado no Brasil em 2004 pela Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo –, anualmente, mais de 5 milhões de pessoas em todo o mundo são mortas e um número ainda maior de casos de incapacidade são causados por diversos tipos de lesões, abrangendo todos os estratos socioeconômicos, mas especialmente pessoas dos segmentos de menor renda.⁷ Por conta disso, a preocupação principal com a publicação desse documento foi fornecer recomendações para pesquisadores e profissionais em todo o mundo, incluindo o Brasil, para o desenvolvimento de sistemas de informação para a coleta de dados sobre lesões.

O documento destaca também que, “historicamente, as lesões têm sido negligenciadas, principalmente porque foram vistas como acidentes ou eventos do acaso. Atualmente, no entanto, sabe-se que elas podem ser prevenidas.”⁷ No



entanto, especificamente no caso das AFEs, parece-nos que as lesões são ainda consideradas uma espécie de “mal menor”, dado que os benefícios decorrentes de um estilo de vida ativo são maiores e mais duradouros do que um estilo de vida sedentário.^{10,11}

Em que pese a dificuldade da comunidade científica internacional em definir “lesão desportiva”, dada a disparidade na aceção de lesão e na forma como é descrita nas pesquisas, podemos compreendê-la como um termo coletivo para todos os tipos de lesões suscetíveis de ocorrerem no transcurso de AFEs.⁹

Pesquisas de caráter epidemiológico realizadas em diversos países revelam número expressivo de pessoas que se lesionam em função da prática de AFEs em comparação com aquelas que se machucam em acidentes aéreos, acidentes domésticos, acidentes laborais (que no Brasil geraram 2.938 casos fatais e mais de 630 mil ocorrências não fatais entre 2005 e 2013)¹² e ou por violência.¹³ No Reino Unido (Inglaterra e País de Gales), por exemplo, pesquisa realizada por meio de questionário com 28.857 adultos com idades entre 16-45 anos sobre a participação regular em esportes ou outras práticas recreativas que envolviam atividades ou exercícios físicos, e para detalhamento de quaisquer lesões ocorridas durante um período de referência de 28 dias, estimou que, anualmente, 29 milhões de incidentes resultaram em lesões novas ou recorrentes, porém menores, mas entre as quais 9,8 milhões resultaram em novas lesões “substantivas”, potencialmente graves e que necessitaram de tratamento médico ou que implicaram no afastamento provisório dos participantes de suas atividades usuais.¹⁴ Na Holanda, estudo semelhante com 66.804 pessoas estimou que havia 2,7 milhões de lesões “físicas” no esporte anualmente, o que equivale a uma média anual de seis lesionados para cada dez participantes.¹⁵

Embora não tenhamos dados semelhantes sobre LDs na população brasileira em geral – existem diversos estudos sobre grupos específicos, como atletas adultos e jovens, de ambos os sexos e de diferentes modalidades esportivas, idosos, participantes de determinados tipos de atividades físicas ou que frequentam espaços específicos etc., como melhor veremos a seguir –, os resultados encontrados em pesquisa de base populacional realizada na cidade de Pelotas/RS podem ser considerados significativos.¹⁶ Na investigação, que objetivou determinar a prevalência e os fatores associados à ocorrência de lesões durante a prática de atividade física no tempo de lazer, foram entrevistados 972 adultos entre 20 e 69 anos residentes em 511 domicílios de 40 setores censitários urbanos domiciliares daquela cidade. A amostra do estudo foi constituída de aproximadamente 36% de



pessoas com idade entre 35 a 49 anos, sendo que a média de idade foi de 41 anos. Da totalidade dos indivíduos entrevistados, 50,9% (475) relataram praticar algum tipo de atividade física no tempo de lazer. Os entrevistados mencionaram 47 diferentes atividades, sendo que caminhada (42,6%), futebol (21,5%), pedalar (18,6%), musculação (6,5%) e corrida (5,5%) foram as mais recorrentes. No que se refere especificamente às lesões, os resultados revelaram que entre aqueles que praticam atividades físicas no tempo de lazer, o percentual de lesões decorrentes da prática foi de 21,9% (104 indivíduos). Os entrevistados relataram 52 diferentes lesões. As maiores prevalências foram para contusões (39,6%), luxações (30,2%), distensões (11,3%) e tendinites (3,8%). Entre as atividades em que mais ocorreram lesões nos respondentes, estão o futebol (54%) e a musculação (19,4%). Dos indivíduos que se lesionaram praticando atividades físicas, 28% procuraram atendimento fisioterápico, dado que evidencia a gravidade e os custos médicos decorrentes das lesões.¹⁶ No caso de atletas e de outros profissionais, como da dança^{17, 18}, por exemplo, as lesões podem ocasionar o afastamento temporário das sessões de treinamento ou dos ensaios, a impossibilidade de participação em competições esportivas ou artísticas, ou mesmo o comprometimento ou a interrupção abrupta da carreira, gerando dor, sofrimento físico e psíquico,^{19,20,21} além de gastos com tratamento médico. Para aquelas pessoas que praticam AFEs para fins recreativos ou no âmbito do lazer, as lesões podem resultar em dificuldades para cumprir atividades corriqueiras ou mesmo laborais, afastamento provisório ou prolongado das atividades físicas de sua preferência, provocando alterações, às vezes significativas, no seu dia a dia. Não se trata de estabelecer uma comparação e determinar se uma situação é mais importante que a outra, mas de perceber “que as lesões desportivas são um dos grupos de lesões mais comuns das sociedades modernas ocidentais”.⁹

No que se refere à classificação dos tipos de lesões desportivas, encontramos na literatura científica uma multiplicidade taxionômica.^{5,6} Uma classificação comumente utilizada na literatura sobre o tema emprega o critério evolutivo, de modo que as LDs são subdivididas em aguda e crônica, a primeira caracterizando-se, de forma abrangente, pela evolução imediata, geralmente em função de aspectos conjunturais e imprevistos, principalmente advinda de acidente decorrente de movimento brusco ou trauma direto, e a segunda pela ação cumulativa, isto é, quando uma estrutura corporal é exposta à ação repetitiva ao longo do tempo com períodos de remissão e de exacerbação.^{5,6}

Outra possibilidade de classificação das LDs passa pela descrição dos agravos mais comumente encontrados durante a prática de AFEs. Em revisão de literatura que abordou a temática da relação entre atividade física, lesões desportivas



e saúde,²¹ encontramos a seguinte classificação e definição das lesões (Tabela 1), considerando as ocorrências localizadas na bibliografia utilizada pela autora para a elaboração do estudo:

Tabela 1 – Classificação e definição das lesões comumente ocorridas durante a prática de atividades físicas e esportivas

Lesões	Definições
Contusão	Lesão por trauma direto com amassamento dos tecidos moles. Sua magnitude depende da força do impacto e do local acometido.
Distensão	Alongamento tecidual excessivo, com deformidade plástica do local. Ocorre no ponto mais frágil da unidade músculo-tendínea no momento do trauma. Classificada segundo o nível de acometimento tecidual: leve, moderada e grave.
Tendinite	Alterações degenerativas cujas sequelas produzem reações inflamatórias agudas ou crônicas nos tecidos.
Entorse	Ato ou processo de torcer, girar ou rotar em torno de um eixo no qual são lesados os ligamentos e a membrana interóssea.
Fratura	Perda de continuidade de um osso (ruptura ou quebra) causada por trauma, avulsão ou tração de um ligamento.
Luxação	Trauma grave que se dá pela perda de contato entre a extremidade óssea e a superfície articular.
Subluxação	Luxação incompleta ou parcial entre duas extremidades articulares-ósseas.
Abrasão	Desgaste da pele por meio de algum processo mecânico inusitado ou anormal.
Bolha	Vesícula cheia de serosidade ou pus, provocada por atrito ou pressão, na superfície da pele, palmar ou plantar.
Calo	Hiperplasia localizada da camada córnea da epiderme em decorrência de pressão ou atrito. É doloroso pela pressão.
Laceração	Separar ou fazer em pedaços pela força. Rasgar, traumatizar ou ferir, especialmente rasgando ou lacerando por um instrumento denteado.

Fonte: Adaptado de Simões (2005).

Há também um conjunto multifatorial de aspectos, chamados de determinantes ou predisponentes,^{5,6} que representam fatores de riscos que contribuem para a prevalência de LDs. Os fatores de risco associados à ocorrência das LDs têm sido classificados e descritos na literatura científica sobre o tema em dois subgrupos, denominados de intrínsecos (ou internos) e extrínsecos (ou externos) aos indivíduos praticantes de AFEs.^{5,22,23,24}

O primeiro subgrupo engloba determinantes como sexo, idade, etnia e fatores constitucionais dos indivíduos praticantes, como massa, estatura, composição corporal, nível de aptidão física, questões nutricionais e características psicológicas e sociais. Como exemplo da relação entre esses fatores e a prevalência de lesões, podemos citar pesquisas realizadas no Brasil¹⁶ e em outros países, como EUA,^{25,26} que mostram que em indivíduos do sexo masculino mais jovens apresentam maiores riscos de se lesionarem. A explicação para isso tem relação

com a maior quantidade de AFEs e de intensidade vigorosa que os indivíduos do sexo masculino realizam, aumentando os riscos de lesões. Na medida em que a idade avança, o risco de sofrer lesões relacionadas à prática de atividades físicas no lazer diminui, conforme os resultados de pesquisa anteriormente relacionada, na qual o grupo sujeitos na faixa etária de 50 a 69 anos apresentou uma proteção contra lesões de 40% em relação ao grupo mais jovem (20 a 34 anos).¹⁶ Nessa pesquisa também se evidenciou que pessoas de cor da pele preta e parda apresentaram respectivamente 110% e 90% mais risco de lesões em consequência da prática de AFEs no lazer quando comparadas às de cor da pele branca.¹⁶ Contudo, outras pesquisas relacionadas a jovens praticantes de treinamento ou de esportes de alta intensidade não identificaram associação entre etnia e risco aumentado de lesões.^{27,28,29}

Já o subgrupo dos determinantes extrínsecos envolve, entre outros, planejamento, periodicidade e intensidade da AFE, condições atmosféricas e equipamentos (acessórios, calçados e vestuário) a serem utilizados durante a prática, tipo de modalidade esportiva ou atividade física a praticar e infraestrutura dos locais de prática.^{5,22,23}

É importante destacar que um dos fatores corresponsáveis pelo acometimento de lesões está diretamente associado, como dito anteriormente, às modalidades e atividades praticadas, bem como às finalidades pelas quais são realizadas pelos indivíduos (competição, recreação, promoção da saúde etc.).^{5,6} Cada esporte ou atividade física tem suas características espaciais, temporais e biomecânicas (movimentos e exigências físicas específicas) próprias, o que pode caracterizar o tipo de lesão mais frequente em cada um deles. Nesse sentido, os membros (superiores e/ou inferiores), articulações e/ou grupamentos musculares que sofrem maior esforço e estresse serão comumente os locais mais acometidos, como é o caso, por exemplo, das lesões musculares e articulares por contato nos membros inferiores em praticantes de futebol, independentemente da faixa etária (crianças, jovens e adultos);³¹ das lesões musculoesqueléticas em homens praticantes de musculação;²⁰ das entorses de tornozelo na prática do skate,³¹ especialmente entre os jovens; e das lesões nos ombros entre crianças que praticam natação e tênis de mesa.³² Esses dados são particularmente relevantes se considerarmos, entre outros aspectos, que o futebol e as atividades em academias, como a musculação, estão entre as AFEs mais praticadas pelos brasileiros.²

A maior exigência de rendimento ou performance associada à consecução de um resultado ou objetivo por parte dos praticantes também representa fator de risco à ocorrência das LDs, como, por exemplo, na comparação entre a média de



incidência de lesões de jogadores amadores de futebol com profissionais de alto nível,³² no maior índice de lesões de atletas (homens e mulheres) de tênis de mesa de nível nacional/internacional do que de nível estadual/regional,³⁴ na quantidade superior de lesões que homens praticantes de musculação com mais de cinco anos de prática têm em relação aos que têm tempo de prática de até um ano.²⁰

A partir desses aspectos conceituais sobre lesões associadas às AFEs, pesquisadores brasileiros de diferentes áreas do conhecimento, como Educação Física, Fisioterapia e Medicina, têm desenvolvido investigações com referenciais metodológicos e analíticos da Epidemiologia – especialização de pesquisa médica que, de um modo geral, “refere-se ao estudo de todos os fatores que interagem entre si para determinar a presença ou ausência de doenças ou lesões”⁷ –, buscando determinar as relações existentes entre os fatores predisponentes (fatores de risco) e a ocorrência de lesões, a partir da quantificação de indicadores epidemiométricos empregados e combinados de diferentes maneiras conforme a especificidade das situações defrontadas nas pesquisas.⁵ Valendo-se de instrumentos como os inquéritos de morbidade referida (IMR), em que o próprio acometido relata sua lesão, retroagindo a determinado período de tempo,³⁵ essas pesquisas estão interessadas no estabelecimento de indicadores como coeficientes de incidência (número de casos que surgem em determinada coletividade em tempo definido);^{16,33} risco relativo (que demonstra quantas vezes maior é a probabilidade das pessoas expostas a um certo fator de risco se lesionarem em relação às não expostas);^{16,36} frequência das LDs em diferentes públicos,^{16,31,37,39} especialmente de atletas amadores^{33,40,41,42,31,43,24} e profissionais;^{34,44} identificação das áreas corporais mais lesionadas;^{33,34, 37,45,40, 41, 42, 46, 31,43} mecanismo das lesões esportivas (modo como a lesão ocorre);^{37,33,40,42} principais LDs que acometem indivíduos praticantes de AFEs;^{37,33,41,46,31,43} formas de tratamento;⁴⁰ gravidade da lesão e tempo de afastamento dela decorrente;^{37,33,42,43} entre outros indicadores.

Além disso, pesquisadores dessas e de outras áreas, como Psicologia, Psicanálise, Antropologia, Sociologia, Educação, Filosofia e História – ou servindo-se de seus referenciais teórico-metodológicos e de suas técnicas de pesquisa, como observações sistemáticas e participantes,^{47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54} entrevistas^{55, 56} e história oral⁵⁷ – têm investigado aspectos relacionados às lesões em associação com as AFEs, ampliando as análises em torno desse fenômeno e contribuindo para uma visão multifatorial das práticas e dos discursos que as constituem (e que também nos constituem, na medida em que os tomamos como verdadeiros, em que os fazemos nossos), considerando, entre outros elementos, as



percepções e pontos de vista dos sujeitos acometidos por lesões, como atletas profissionais ou amadores de diferentes modalidades e categorias, o caráter simbólico e cultural do corpo e suas manifestações, os contextos históricos e sociais, e os modos pelos quais os suportes informacionais (televisão, redes sociais, revistas ilustradas, sítios na internet etc.) orientam os praticantes. Esse último aspecto é especialmente relevante, pois, de acordo com os resultados da mencionada pesquisa Diesporte, o “comportamento do brasileiro para com as práticas [AFEs] encontra na mídia seu maior suporte para informações e acessibilidade”.²

Os meios de comunicação de massa, especialmente a televisão, os canais de vídeo, blogs e sítios na internet, mas também as revistas ilustradas, têm divulgado informações, produtos e serviços sobre a relação entre saúde e AFEs, pautando-se, muitas vezes de forma superficial, em saberes das áreas biomédicas, que as pessoas absorvem, repetem, trabalham, interpretam. Hoje se pode “utilizar termos biológicos que antes eram privilégio dos especialistas” e, com isso, também se adquire uma “postura de autovigilância em relação às práticas de manutenção da saúde”,⁵⁸ o que constitui aspecto positivo, pois permite uma maior reflexividade dos sujeitos em relação aos seus hábitos e comportamentos. Entretanto, grande parte dessas informações pauta-se em uma concepção restrita de corpo, como organismo biológico, deixando de lado outras importantes dimensões da nossa relação com as AFEs, e que envolvem sentidos, significados e representações sobre nós mesmos e a relação com nosso corpo e expressões, que são histórica e socialmente produzidas e culturalmente partilhadas, e que envolvem questões geracionais, de gênero, raça, etnia e classe social. Nesse sentido, o corpo não se refere

[...] somente à materialidade biológica que nos constitui, mas a nós mesmos. Afinal, um corpo não é apenas um corpo. É também o seu entorno. Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também a roupa e os acessórios que o adornam, as intervenções que nele se operam, a imagem que dele se produz, as máquinas que nele se acoplam, os sentidos que nele se incorporam, os silêncios que por ele falam, os vestígios que nele se exibem, a educação de seus gestos [...]. Não são, portanto, as semelhanças biológicas que o definem, mas fundamentalmente os significados culturais e sociais que a ele se atribuem. Essa maneira de olhar para o corpo implica entendê-lo não apenas como um dado natural e biológico, mas, sobretudo, como produto de um intrínseco inter-relacionamento entre natureza e cultura.⁵⁹

Particularmente relevante no que se refere ao modo como as lesões são abordadas é a constante incitação e estímulo encontrada em redes sociais, sítios da internet e peças publicitárias de produtos, como suplementos alimentares, vestuários



e acessórios, para os praticantes de AFEs suportarem os desconfortos físicos e psicológicos, promovendo uma naturalização da dor – como se fosse normal sentir dores durante ou depois da prática de alguma AFE – e certa indiferença em relação ao sofrimento percebido pelos sujeitos. “Dor: os fracos a temem, os normais a suportam e os fortes a procuram”, “o sofrimento é passageiro, desistir é para sempre”,⁶⁰ são dois exemplos que circulam nas mídias e que ilustram esse tipo de abordagem.

As imagens também ganham destaque nesse processo, mostrando homens e mulheres “antes” e “depois” de muito esforço e dedicação para alcançar o corpo idealizado, sem qualquer menção às consequências negativas, como as lesões, muitas vezes resultantes desses processos de transformação corporal. Muitas imagens acompanham slogans ou pequenos textos de “incentivo”, como: “Tá pesado? Faz Ballet”; “Não use máquinas, seja uma”; “O limite, assim como o medo, são ilusões”; “Cansou? Morreu? Ficou sem ar? Suou? Ótimo. Está funcionando”; “Não me pergunte se sou capaz, apenas dê-me a missão”; “A meta é só o começo de uma outra corrida”, entre tantos outros em que se exibem corpos perfeitos de homens e mulheres, jovens e velhos “hipersarados”, “malhados”, “escovados” ou “bombados”, mas também de modelos e artistas conhecidos do público em geral. Esses expedientes contribuem, de modo geral, para certa mitificação das AFEs, como se todos pudessem alcançar as transformações corporais desejadas independentemente de fatores internos e externos aos praticantes e às AFEs, e que, como se procurou evidenciar anteriormente, representam riscos potenciais de ser acometido ou agravar lesões.

A naturalização da dor e da lesão nas AFEs também aparece nas concepções e representações de atletas de diferentes modalidades e categorias, homens e mulheres, profissionais ou amadores, e que, conforme evidenciam as pesquisas anteriormente referidas, constituem a parcela da população com maior incidência e frequência de lesões.

Estudos e pesquisas apontam que tanto homens como mulheres atletas adotam técnicas similares para neutralizarem a dor, como esconder, negar e desrespeitar desconfortos corporais, bem como despersonalizar as manifestações físicas da dor, tratando as partes lesionadas do corpo como se não fossem suas, ou adotando uma atitude de indignação ou ressentimento em relação a elas.^{56, 61} Também é comum atletas se reportarem às lesões com traços de humor, com piadas e risadas em torno dos membros lesionados, mas também de forma desdenhosa, no sentido de tratá-las como banais,⁴⁸ talvez inclusive como recurso psicológico para lidar com sua presença quase que constante.



Muitos atletas treinam e competem machucados,⁵² inclusive no esporte escolar,⁵⁴ e com bastante frequência recorrem a analgésicos para suportarem a dor durante o treinamento e especialmente nas competições, negligenciando muitas vezes os efeitos que tais substâncias podem ter sobre a saúde a longo prazo e, especialmente, no agravamento de lesões agudas ou crônicas.^{56, 61} Em estudo que descreveu as estratégias de atletas mulheres brasileiras de natação, voleibol, handebol, judô, ginástica, futebol e atletismo entre 18 e 26 anos de idade, para gerir a dor e/ou a lesão em suas carreiras esportivas, observou-se, em cada uma das modalidades, a presença de razões de ordem interna (como a cobrança das próprias atletas sobre si mesmas, no sentido de atingirem os seus objetivos e alcançarem bons resultados) e externa (como as pressões exercidas por treinadores, colegas e dirigentes esportivos) para que as atletas treinassem e competissem com dor e lesão.⁵⁶

Os dados de uma pesquisa etnográfica⁴⁸ com atletas amadoras e profissionais de rúgbi (esporte com maior risco de lesão para seus praticantes)¹⁴ de uma equipe feminina da cidade de Florianópolis/SC também revelaram a recorrência do tema das lesões nas falas das jogadoras em relação à prática dessa modalidade, tanto as novatas (que tinham pouco tempo de prática e de experiência em competições) quanto as veteranas (atletas mais experientes, algumas de nível internacional), embora por motivos distintos: as novatas temiam as lesões enquanto as veteranas admitiam e conviviam com a dor e as machucaduras e, na medida em que não interferiam no jogo e no rendimento, se protegiam contra elas. Dessa forma, a pesquisa também descreveu os sentidos atribuídos pelas praticantes, os elementos envolvidos (como cirurgias, fisioterapias e equipamentos de proteção), analisando os modos como o tema das lesões é pelas praticantes exposto ou vivenciado e mostrando que a dor é um signo importante nos esportes, em geral, e no rúgbi, em específico.⁴⁸

Por outro lado, para tantos outros atletas, as lesões são motivo de orgulho, ocasionando certo culto a elas, ao sofrimento, e promovendo a valorização das marcas e cicatrizes deixadas pelo constante e duro treinamento corporal, espécie de “prêmio” pela superação de um obstáculo.⁵² Essa representação das lesões e das dores e sofrimentos delas decorrentes é também frequentemente invocada na cobertura jornalística (seja na televisão, internet ou em jornais e revistas) de eventos esportivos, como os Jogos Olímpicos e a Copa do Mundo Fifa de futebol, mas igualmente naqueles de dimensões nacional e regional, e na construção de narrativas que ressaltam o caráter de “heroísmo” de homens e mulheres atletas na superação das adversidades e de seus limites corporais.



Também é importante considerar nesse contexto de representação das lesões entre atletas que o esporte é um fenômeno social, político e econômico de enorme abrangência e importância, e que seus valores e códigos, assim como as biografias e carreiras de estrelas esportivas, se colocam constantemente como referências para outras práticas e índice de sucesso para os indivíduos, e que têm sido percebidos em estudos relacionados a não atletas, praticantes de AFEs, como em frequentadores de academias de ginástica e musculação.^{47, 53, 62}

A lógica da superação dos limites também se encontra em praticantes dos esportes ou de atividades de aventura na natureza e esportes radicais urbanos, como surf, escalada, asa-delta, paraquedas, boia-cross, rafting, mountain bike, trekking, canyoning, verticália, arvorismo, skate, ciclismo, parkour, que se instituem como uma relação de domínio e senhorio sobre a natureza e sobre a cidade e, não raro, de cuidado com o meio ambiente e de ressignificação dos espaços públicos, mas também de avaria. Nessas AFEs, que atraem sobretudo o interesse e a participação de jovens e de adultos jovens, especialmente de camadas sociais médias – em função dos custos com equipamentos e com a logística para a realização das práticas –, a relação que se estabelece é de exposição (controlada) ao risco, incluindo o risco de lesões e acidentes. Por outro lado, conforme pesquisa sobre aspectos emocionais vinculados às atividades na natureza, para alguns praticantes, uma “experiência de aventura na natureza se constitui em colocar à prova competências e capacidades próprias, nas quais o risco e o perigo podem ser avaliados e medidos”. Nesse contexto, o nível de risco admitido, para algumas pessoas, parece não ser o componente primordial em uma atividade de aventura na natureza. A aventura pode ter, portanto, uma estreita relação com obstáculos, não apenas físicos mas também simbólicos e imaginários, a serem ultrapassados, que não necessariamente são os mais arriscados e difíceis, mas que, de alguma forma, agregam o novo, o desconhecido e o não explorado.^{63, 64}

Em trabalho de revisão sistemática sobre o tema do risco em relação às atividades na natureza em artigos publicados entre 2000 e 2009 em bases de dados eletrônicas de periódicos científicos no Brasil e no exterior,⁶⁵ especialmente quanto às lesões e acidentes, aponta-se que as práticas de maior incidência localizadas na literatura foram: andar a cavalo, mountain bike, atividades aquáticas (como o surf, especialmente durante os meses de verão), caminhadas, atividades em montanhas e esportes na neve.^{65, 66, 67, 68, 69} A pesquisa também evidencia que os gastos com as reivindicações de acidentes e lesões podem atingir um alto custo para as empresas de gerenciamento, por se tratar de danos à saúde dos praticantes.^{65, 66, 67} Os principais fatores localizados como causas de lesões e acidentes indicam a



insuficiência e omissão das informações e dos métodos e normas de segurança, bem como a escassez de intervenções visando à educação e conscientização dos praticantes.

No Brasil, estudo de natureza qualitativa focalizou a formação profissional nas atividades de aventura, e analisou o perfil de formação dos guias de rafting – funcionários de empresas de ecoturismo da cidade de Brotas, no estado de São Paulo –, no domínio dos cuidados relacionados aos aspectos do desenvolvimento da atividade, assim como o preparo dos guias para lidar com as emoções intervenientes nessas práticas.⁷⁰ Os resultados mostram que os guias são, em sua maioria, jovens entre 17 e 25 anos e não possuem formação em nível superior. Todos realizaram cursos de formação técnica oferecidos pelas agências e foi apontado como premente a necessidade de formação mais adequada desses instrutores, ainda no âmbito da instrução técnica, mas também em relação aos fatores psicológicos que afetam o trabalho, no que concerne aos praticantes.

2. Excessos e compulsões associados às AFEs

Conforme vimos anteriormente, lesões associadas às AFEs têm sido descritas em decorrência de diversos fatores predisponentes. Mais recentemente, elas também têm sido pesquisadas e analisadas em função do excesso de atividades ou exercícios,⁷² como é o caso do overtraining ou sobretreinamento, distúrbio neuroendócrino, resultado de “desequilíbrio entre a demanda de exercício e a capacidade de resposta do organismo”.⁷³ Em outros termos, o sobretreinamento corresponde a um desequilíbrio entre treinamento e recuperação provocando alterações de caráter fisiológico, psicológico, hormonal, hematológico.⁷⁴

O overtraining não se limita aos atletas, mas se estende a indivíduos não atletas que praticam AFEs sem orientação técnica adequada e também a crianças submetidas precocemente a treinamento físico. A fadiga, as alterações de humor, a queda de desempenho e as lesões musculares surgem como efeito do supertreinamento.

Todavia, o excesso de atividades físicas e esportivas também tem sido observado em quadros obsessivos, distúrbios, transtornos ou comportamentos compulsivos.^{75, 76, 77} A literatura científica descreve casos em que o excesso de atividade física e esportiva se associa com transtornos, especialmente alimentares, como é o caso da anorexia, mas também com transtornos dismórficos, como a dismorfia muscular. A anorexia é caracterizada no Manual diagnóstico e estatístico



de transtornos mentais (DSM-5), reeditado e publicado no Brasil em 2014, entre outros aspectos, pela restrição persistente da ingestão calórica, pelo medo intenso de ganhar peso ou de engordar, pela perturbação na percepção do próprio peso ou da forma. Entre os casos, encontram-se indivíduos que exibem níveis excessivos de atividade física visando a perda de peso.⁷⁸

Vinculados à preocupação com a percepção de defeitos na aparência física, à distorção da imagem corporal ou às crenças relacionadas à estrutura corporal estão os transtornos dismórficos corporais, como a dismorfia muscular, caracterizada pela crença na insuficiência muscular ou no tamanho reduzido dos músculos. De acordo com o referido manual, a dismorfia muscular ocorre quase exclusivamente no sexo masculino e consiste

na preocupação com a ideia de que o próprio corpo é muito pequeno ou insuficientemente magro ou musculoso. Os indivíduos com essa forma de transtorno, na verdade, têm uma aparência corporal normal ou são ainda mais musculosos. Eles também podem ser preocupados com outras áreas do corpo, como a pele ou o cabelo. A maioria (mas não todos) faz dieta, exercícios e/ou levanta pesos excessivamente, às vezes causando danos ao corpo. Alguns usam esteroides anabolizantes perigosos e outras substâncias para tentar deixar seu corpo maior e mais musculoso.⁷⁸

O transtorno dismórfico muscular (TDC), também reconhecido por estudiosos como “vigorexia” ou como “Síndrome de Adonis”, é considerado um distúrbio que emerge no contemporâneo e que envolve uma percepção distorcida da imagem corporal, podendo colocar em risco a saúde e o bem-estar dos indivíduos.^{60, 79, 80, 81} Camargo et al.⁸² descrevem a vigorexia como um transtorno em que o indivíduo percebe-se frágil, pequeno e sem vigor, preocupa-se obsessivamente com defeitos ou supostos defeitos em partes distintas do corpo, apresenta insatisfação permanente com ele, busca hipertrofia máxima e mínimo de gordura corporal e exercita-se com foco no resultado da prática sobre a sua aparência. Os indivíduos acometidos podem realizar atividades físicas de forma excessiva, inclusive causando prejuízos de ordem social, laboral e recreativa, com investimentos de até cinco horas diárias e eliminação de atividades aeróbias para evitar a perda de massa muscular.^{83, 84, 85}

Pioneiros nos estudos sobre a vigorexia, inicialmente denominada “anorexia nervosa reversa”, descreveram critérios que envolvem essa dismorfia muscular:

a. O indivíduo frequentemente desiste de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes, pois tem uma necessidade compulsiva de manter sua rotina de exercício físicos



ou sua dieta. b. O indivíduo evita situações nas quais seu corpo possa ser exposto ou, quando não pode evitá-las, passa por sofrimento e ansiedade intensos. c. A preocupação com a inadequação do tamanho corporal ou com a musculatura causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes. d. O indivíduo continua a exercitar-se, fazer dieta ou usar substâncias para melhorar seu desempenho a despeito de efeitos colaterais ou consequências psicológicas.^{83, 84, 85, 86}

Em entrevistas realizadas com 108 bodybuilders em um estudo sobre o uso de esteroides anabolizantes, Pope et al.⁸⁷ encontraram um percentual de 8,3% indivíduos com vigorexia que acreditavam ser fracos e pequenos, apesar de musculosos e grandes, e que relataram recusar convites sociais ou ser vistos usando roupas que expusessem o corpo, mesmo no verão. Em alguns casos, tais sintomas podem contribuir, segundo os autores, na decisão pelo consumo de esteroides anabolizantes.

No livro *O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo*, Pope et al.⁸⁵ apresentam estudos com adeptos da musculação que demonstram uma preocupação contemporânea de homens com o corpo e a insatisfação com a sua aparência. Dentre aproximadamente 9 milhões de americanos praticantes regulares de musculação em academias, cerca de 1 milhão poderiam estar acometidos pela dismorfia muscular. Na busca por uma melhor compreensão do fenômeno, esses e outros pesquisadores elaboraram instrumentos, alguns deles traduzidos para o espanhol e para o português, como a “Escala de Satisfação com a Aparência Muscular”, o Muscle Appearance Satisfaction Scale (MAAS), que oferece subsídios para a identificação da dismorfia muscular; o “Inventário de Dismorfia Muscular”, desenvolvido e validado por Hildebrandt et al.;⁸⁸ e o “Questionário do Complexo de Adonis”.^{84, 85, 86, 89}

Além desses instrumentos, também a “Escala de Dependência de Exercício”, proposta por Hausenblas e Downs,^{75, 76} que consiste em um instrumento de medida de dependência de exercício físico, tem sido empregada em estudos relacionados às AFEs e indicado uma crescente preocupação, insatisfação ou intolerância com partes do corpo, com músculos, com detalhes que acabam por determinar as escolhas cotidianas, produzir ansiedade e depressão, esquivas, comportamentos agressivos ou antissociais, comportamentos repetitivos, obsessões, todos eles portadores ou geradores de dor e sofrimento.

No Reino Unido, por exemplo, a “Body Dysmorphic Disorder Foundation”⁹⁰ – Fundação BDD –, criada em 2006 e registrada como instituição filantrópica em



2013, reúne pesquisadores e interessados no estudo e no apoio aos indivíduos acometidos por transtornos dismórficos corporais, visando reduzir o estigma, a discriminação e o isolamento causado pelas dismorfias em geral, e cuja prevalência

entre os adultos norte-americanos é de 2,4% (2,5% no sexo feminino e 2,2% no masculino). Fora dos Estados Unidos (i.e., na Alemanha), a prevalência atual é de 1,7 a 1,8%, com uma distribuição entre os gêneros similar à dos Estados Unidos. A prevalência atual é de 9 a 15% entre pacientes dermatológicos, 7 a 8% entre pacientes norte-americanos de cirurgia estética, 3 a 16% entre pacientes de cirurgia estética em outros países (a maioria dos estudos), 8% entre pacientes adultos de ortodontia e 10% entre pacientes que se apresentam para cirurgia facial ou maxilofacial.⁷⁸

No Brasil, já temos alguns estudos especificamente relacionados ao excesso de atividades físicas e dismorfia muscular.^{78, 83, 81} Neles, pode-se observar a referência a formas ou desígnios estéticos que funcionam como motor para o excesso: excesso de treino, excesso de músculos, excesso de tempo dedicado ao corpo, excesso de produtos para ele e que, frequentemente, é acompanhado de carência na ingestão alimentar, carência de autoestima, enfim, de insuficiências para a saúde e que podem ser encontradas em praticantes de musculação, corredores de rua e maratonistas, entre outros.^{91, 82, 92}

Todo esse excesso deve ser relacionado a fenômenos culturais, como o excesso de imagens e de informações midiáticas que oferecem modelos de corpo ideal, dietas “milagrosas”, programas de exercícios, indicações de treinamento, tabelas generalizadas e listagens de atividades físicas e esportivas com gastos calóricos correspondentes, dicas de atletas e modelos cujos corpos perfeitos entram em confronto com os corpos reais, podendo associar-se aos transtornos dismórficos corporais, à vigorexia, à dependência de atividade física, à uma imagem corporal distorcida ou à insatisfação com a imagem corporal. Nesse sentido, há sempre uma distância entre o real e o ideal aspirado e, para preencher essa fissura, buscam-se tratamentos, cirurgias plásticas, novos equipamentos, novos objetos e novos programas computacionais que visam esconder os defeitos, as marcas, as rugas, a gordura corporal, a acne, a cicatriz, tudo aquilo que no contemporâneo se julga e se condena como uma espécie de imoralidade.^{53, 62, 93, 94}

Desde uma perspectiva antropológica, Sabino⁹⁴ escreve que a contribuição midiática tem exercido papel efetivo na construção de identidades de frequentadores de academias, mas também no cotidiano de muitas pessoas

levadas pelos discursos especializados a procurar a construção da boa forma e da saúde. Pois os meios de comunicação, ao mesmo



tempo em que veiculam e propagandeiam os padrões estéticos em voga (além de apresentar a crescente mudança da forma física masculina), vêm anunciando a gradativa transformação do corpo feminino nas últimas décadas. [...] Esforço individual e coletivo justificado pela propaganda da forma realizada pelos ícones da indústria cultural que (re)produzem os conjuntos de representações sociais sobre estética, saúde e boa forma e são por tais conjuntos produzidos. Tal “imposição” sociocultural tem levado ao surgimento de um novo tipo de consumo de novas drogas e ao fortalecimento da indústria da manutenção da forma.⁹⁴

A oferta e o reforço à adoção de padrões estéticos fora da realidade se encontra também presente na forma de bonecas e bonecos destinados às crianças – para as quais, atualmente, são criados novos espaços fitness, como as Baby Gymm, academias para os pequenos a partir dos 2 meses de idade. Pesquisas realizadas em relação à mídia,^{96, 97, 98, 99, 100, 101} ao corpo e ao consumo infantil apontam para os modelos de corpo e de comportamento veiculados juntamente com os produtos feitos especialmente para as crianças, que informam modelos e modos de ser criança e de ser menino (forte, viril, musculoso) e menina (magra, delicada, recatada). São bonecos e bonecas, livros, filmes, sítios na internet, espaços de recreação, de consumo e de lazer, públicos e privados, que contribuem, implícita ou explicitamente, na educação de meninos e meninas (e de suas identidades de gênero) e na produção de suas aparências, de seus músculos, de seus pesos, de seus movimentos ou na construção de um ideário que se expande vertiginosamente no Brasil, país em que 80% das mulheres a partir dos 13 anos estão insatisfeitas com algo em seus corpos, e metade delas considera-se acima do peso.⁹⁶

No contexto brasileiro, o corpo é considerado uma riqueza, “talvez a mais desejada pelos indivíduos das camadas médias urbanas, e também das camadas mais pobres”, conforme estudos da antropóloga Mirian Goldenberg.¹⁰² Essa valorização do corpo como um capital produz, segundo a autora, “uma cultura [...] investimento na forma física e, também, de profunda insatisfação com a própria aparência”.

A insatisfação com a aparência, com os músculos, com o peso ou com partes do corpo, muitas delas, como exposto acima, vinculadas às dismorfias corporais e ao excesso na prática de atividades físicas e esportivas, atinge adultos, jovens, adolescentes, idosos, crianças, de distintas classes sociais, em distintos espaços sociais. Resulta de imagens e de palavras, de produtos e discursos veiculados na mídia e nas expressões do bullying,¹⁰³ de valores que circulam em uma sociedade e que transformam as normas estéticas do corpo e da saúde.^{96, 97, 104, 105, 106, 107} Com frequência, a obesidade, a baixa autoestima, o isolamento



social, a depressão, assim como os transtornos dismórficos e as lesões associadas às AFEs se apresentam como fatores relacionados à insatisfação com a imagem corporal. Os adeptos do mundo do fitness muitas vezes fazem uso de práticas extremadas visando a um corpo esteticamente belo, instaurando uma linha tênue entre saúde e cuidados com o organismo,¹⁰⁴ a exemplo da restrição ou do abuso calórico, da não adesão ou do descomedimento na prática de AFEs, das lesões e compulsões, e da ingestão de anabolizantes sintéticos.

A insatisfação com a imagem corporal atinge também a relação dos idosos com as AFEs, e a visão pessoal e social sobre seus corpos e sobre sua saúde também converge com os ideais disseminados na mídia. Crianças entre 8 e 10 anos que ilustraram e descreveram a velhice em pesquisa¹⁰⁸ desenvolvida com meninos e meninas da periferia da cidade de Porto Alegre, por exemplo, conceberam e representaram o idoso na contemporaneidade e colocaram em pauta a exigência de atividades físicas e a alimentação adequada que poderiam estar relacionadas com ideias de saúde e bem-estar, mas que, no entanto, fazem borrar as fronteiras entre saúde e beleza no que diz respeito à representação sobre essa categoria geracional. Nos dados produzidos, as crianças desenharam idosos com roupas que escondem corpos “enrugados”, com “estrias”, “fora do peso”, “corpos-bagulho” que devem ser escondidos nas ruas e nas praias, devem controlar-se, censurar-se, mas também devem manter-se ativos, dispendo-se incansavelmente aos exercícios físicos. Essa visão das crianças encontra correspondência nos personagens de novelas e outros programas, nas revistas especializadas, mas também nos próprios idosos.¹⁰⁸ Em estudo transversal com 265 idosas, na faixa etária de 60 a 96 anos residentes na Bahia, 54% eram insatisfeitas com relação a percepção da imagem corporal.¹⁰⁹ Em se tratando de jovens, pesquisa desenvolvida em Santa Catarina com 235 acadêmicos da área da saúde (72,3% do sexo feminino), com média de 23 anos de idade, aponta para

um fenômeno crescente e exagerado de culto à beleza corporal, que aparece nas representações sociais desses jovens como uma imposição ou um padrão social: a primeira impressão que a beleza corporal de uma pessoa causa nas demais é considerada mais importante do que os cuidados com a saúde do corpo (práticas e hábitos saudáveis) e do que os aspectos subjetivos implicados na percepção e na sensação da corporeidade, como é o caso do bem-estar e do equilíbrio emocional.¹¹⁰

Assim, não apenas o planejamento de atividades físicas e esportivas, a delimitação de programas de exercícios, o controle da frequência e da intensidade, ou o modo como as AFEs têm sido conduzidas em relação aos praticantes podem



produzir resultados positivos na imagem corporal. Muitas ações governamentais em torno das AFEs orientam atitudes e indicam que a principal preocupação é aumentar os níveis de atividade física da população alvo. Nessa direção é importante também que dirijam atenção para os riscos culturais implicados no aumento de atividade física, quando se transforma em excesso ou em perturbações na imagem corporal.

Da mesma forma, assim como os programas governamentais apontam para a mídia como atuante no processo de adesão às AFEs e na divulgação de informações e conhecimentos sobre a saúde e sobre as AFEs, é importante que também contemplem análises críticas e informativas sobre a própria produção midiática, uma vez que o modo como o indivíduo percebe seu corpo, que é construído socialmente, está vinculado à informações, imagens e conhecimentos por ela difundidos¹¹¹ e frequentemente perpetuados em redes sociais e outros canais comunicacionais.

Em síntese, muitos estudos já mostraram o valor positivo da AFEs. Eles têm fornecido indicações importantes na formulação de políticas, programas e ações no âmbito da saúde, da educação e do lazer. Todavia, outras tantas pesquisas nos mostram os prejuízos que podem provir das AFEs quando mal orientadas, quando se transformam em excesso ou quando se tornam um meio na busca por um ideal estético. Esses prejuízos foram associados à lesões, excessos e compulsões em atletas e não atletas, que se instituem tanto como impulso para as AFEs quanto como um efeito delas – que não menor ou insignificante – e que pouco contribuem ou mesmo impedem o DH. Essas motivações buscadas nas AFEs e também essas consequências decorrentes de sua prática estão fortemente relacionadas com nossas representações sobre o corpo, com as imagens de saúde multiplicadas em canais de informação e de entretenimento, quase sempre expondo silhuetas inalcançáveis ou que só podem ser construídas^{47, 94} mediante cirurgias, implantes, ingestão de fármacos, ou mediante a naturalização da dor e do sacrifício, ou, ainda, como dismorfias ou como transtornos da imagem corporal. O lugar ocupado pelo corpo no contemporâneo, marcado pela justificação e pela superação da dor em nome do progresso e, ao mesmo tempo, pela ausência de reconhecimento do sofrimento e da finitude humana, não raro, resultam em iniciativas drásticas de exaltação do corpo próprio (e de desprezo pela vida do outro), da transformação dele em objeto de amor, ou, pelo contrário, na sua desqualificação, no seu desprezo.¹¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da revisão dos estudos e pesquisas nas seções anteriores deste texto evidenciam que motivações e objetivos dos sujeitos se configuram como vetores importantes para a compreensão da prevalência de lesões, excessos e compulsões associados às AFEs. De modo geral, quando os motivos de engajamento estão relacionados ao prazer, ao bem-estar, ao relaxamento, à diversão e socialização que as AFEs podem proporcionar, o risco de lesões é menor, embora não completamente eliminado, e a preocupação com a forma física, a imagem e o rendimento corporal – aspectos relevantes em se tratando dos transtornos associados ao excesso e à compulsão em relação às AFEs – são secundarizados. Por outro lado, quanto mais especializada, quanto maior o tempo de dedicação e a intensidade da prática de AFEs, e quanto maior a preocupação e foco com a aparência e o embelezamento, com a forma e o tamanho do corpo e suas partes, com o desempenho e o rendimento físico por parte dos praticantes, maior não só a prevalência de lesões quanto de desenvolver comportamentos sociais considerados desviantes e patológicos em relação às AFEs.

Os motivos de adesão às AFEs têm relação também com uma concepção de corpo e com a percepção da imagem corporal que é socialmente mediada, e que os meios de comunicação e as redes sociais não apenas expressam e noticiam mas também contribuem para formar. A ênfase dada aos procedimentos de cuidados médicos, higiênicos e estéticos produz identidades somáticas ou bioidentidades construídas a partir de novas formas de sociabilidade, baseadas no saber médico, em critérios de saúde, de perfeição corporal, modelos ideais de desempenho físico, modos de ocupar o tempo etc., com a finalidade última de melhorar a forma física e a aparência, segundo os cânones divulgados.⁵⁸ Com apoio de revistas, dietas, sessões e programas de “treinamento”, os sujeitos aprendem a se controlar, autovigiar, autogovernar, periciar seu corpo, (pseudo)especializando-se no tema. Nesse sentido, a autonomia do indivíduo aparece condicionada ao informe dos riscos, que passam a orientar escolhas pessoais.^{58, 93} Entretanto, como nos lembra a Psicanálise, por exemplo, nem sempre as escolhas que fazemos são conscientes e as motivações são por vezes obliteradas, provocando conflitos emocionais e psíquicos que acabam exprimindo-se violentamente na forma de repetição, compulsão, vício, excesso em relação ao corpo.

A quantidade e qualidade dos espaços e equipamentos onde se praticam AFEs, especialmente os urbanos e públicos, como praças, parques, ruas, pistas, ciclovias, campos, academias ao ar livre etc., é fator de risco, sobretudo em relação



às lesões e acidentes. Todavia os dados sistematizados a partir dos estudos e pesquisas sobre o tema sugerem que quanto mais organizados, estruturados, preparados e adaptados forem os ambientes e equipamentos, e quanto mais informações e instruções houver para sua utilização, menor é o peso que jogam na ocorrência de agravos à saúde dos praticantes.

Vários espaços existentes não são utilizados por idosos para a prática de AFEs com receio de lesão devido às condições de infraestrutura e são poucas as instalações para pessoas com deficiência acessarem as AFEs, cujas práticas adaptadas têm sido incentivadas basicamente no âmbito do esporte. Isso reforça a prevalência do esporte de alto rendimento como parâmetro de referência para as AFEs, que, por sua vez, implica no binômio inclusão-exclusão.^{113, 114} A cultura é responsável por encontrar e criar caminhos indiretos para aqueles que dispõem de limitações psicofísicas, como é o caso do esporte adaptado, mas que não está disponível para a parcela de não atletas da população e que exige cuidados especiais, equipamentos e espaços acessíveis e disponíveis. Há uma “defasagem entre o que a teoria e a legislação estabelecem, [...] inúmeras barreiras arquitetônicas e falhas na adaptação e funcionalidade dos equipamentos”, que tornam áreas de lazer insatisfatórias em termos de acessibilidade, e, por extensão, aumentando o risco de lesões e acidentes.

O tempo também se mostrou fator interveniente nas lesões, excessos e compulsões associados às AFEs, especificamente em duas direções. A primeira se refere ao imediatismo dos sujeitos em obterem resultados rápidos e eficazes em relação à forma e desempenhos corporais, resultando em imperícias ou imprudências na consecução de programas de exercitação corporal, cujos volumes e intensidades seriam administrados de forma superdimensionada ou apressada, aumentando com isso o risco de lesões ou estimulando o uso de substâncias potencializadoras dos exercícios corporais e de seus efeitos, como esteroides-anabolizantes, anfetaminas, medicamentos para controle do peso e do apetite, suplementos alimentares, entre outros, que podem provocar efeitos nocivos imediatos ou a longo prazo à saúde. A segunda direção tem a ver com a quantidade de tempo diário ou semanal dedicado às AFEs em relação às demais dimensões sociais da vida dos sujeitos, quando o excesso então se converte em fonte de problemas tanto de ordem física, como o overtraining, quanto psíquica, como a vigorexia e a dependência de exercícios físicos, por exemplo.

Nesse registro, é preciso também considerar a problemática mais ampla na qual o tempo se inscreve em nossa sociedade. Ele tem sido apontado em inúmeras pesquisas interessadas nas relações que as pessoas estabelecem com as AFEs,



especialmente em função do trabalho, seja o excesso de atividades em função da flexibilização do tempo, da hipersolicitação e das exigências de competitividade no mundo atual, seja o excesso das jornadas de trabalhadores cujos salários garantem a mera sobrevivência, ou seja, não garantem o usufruto dos produtos do trabalho, tampouco oferecem condições e disposição para prática de AFEs.

Analisando os motivos do abandono e do não envolvimento em AFEs, a supracitada pesquisa Diesporte,² apontou que políticas públicas são ainda insuficientes para a sua promoção em razão de condições materiais que não são alteradas. Os índices de abandono (drop out) e de não participação nas AFEs se devem à falta de tempo por motivo de trabalho, baixo nível de renda e custos elevados, citados como principais responsáveis pela não adesão às AFEs por parte das pessoas pesquisadas, corroborando com outros estudos nessa direção.

O referido diagnóstico revela que os produtos do trabalho humano vinculados às AFEs não estão disponíveis e acessíveis para toda a população. População, importante frisar, que não é simplesmente uma totalidade, mas uma coletividade de sujeitos únicos que vivem em ritmos acelerados, embora em contextos e condições distintas, com exigências diferenciadas que favorecem ou dificultam, promovem ou impedem o acesso às AFEs. São idosos, adultos, homens, mulheres, heterossexuais, homossexuais, deficientes, crianças, bebês, mães, avós, irmãos, patrões, servidores públicos, gestantes, trabalhadores, pessoas acometidas ou não por inúmeras e distintas doenças, lesões, debilidades, em um contexto ainda marcado pela competição, pela exclusão, pelo sacrifício, pelo preconceito, pela renda insuficiente, entre outros aspectos que deixam marcas sobre os corpos e que também interferem na liberdade de escolha das pessoas.

Para além da caracterização geral dos excessos e lesões provenientes da prática das AFEs como resultantes das escolhas ou das avaliações descuidadas por parte dos sujeitos, seja em função da falta de informações ou de seu uso inadequado, e da descrição dos transtornos relacionados à imagem corporal, origem da maior parte das patologias e compulsões associadas às AFEs, como “exceções”, ou seja, problemas individuais de saúde, que acometem sujeitos específicos, uma série de pesquisas e estudos apresentados anteriormente busca apontar fatores sociais e culturais na compreensão desses temas. Nesses trabalhos, como vimos, chama-se a atenção, por exemplo, para o papel que determinadas instâncias sociais, como os meios de comunicação de massa, o esporte de rendimento e seus valores e normas, entre outras, que fazem veicular imagens hegemônicas de corpo e rendimento, sobretudo mediante a propaganda com atletas que, ao lado de modelos e atrizes famosas, divulgam em revistas especializadas, peças publicitárias, outdoors,



programas de televisão etc. modos como o corpo não pode deixar de ser e que as AFEs não deixam de prometer. Nessa direção, em vez de exceções e problemas individuais, lesões, excessos e compulsões seriam compreendidos como inerentes ao papel e lugar que as AFEs desempenham em nossa sociedade.

A necessidade de AFEs, tão urgente no mundo contemporâneo, é também produto dele, do desenvolvimento tecnológico que, de um lado, desobriga do corpo do trabalho e, de outro, o encerra nele, dada a intensificação e o fluxo ininterrupto de demandas favorecidas pelas novas tecnologias, entre outros aspectos como as exigências contemporâneas, pautadas na responsabilização e no desempenho individual. As novas tecnologias vêm contribuindo na reconfiguração de espaços e tempos relativos ao trabalho: “telefones celulares, computadores portáteis, conexões constantes à internet, dentre outros recursos, contribuem para que o sujeito mantenha-se em permanente disponibilidade”,¹¹⁵ sendo a flexibilidade na organização do tempo de trabalho, “na medida em que é encarada como recompensa, ao permitir que o trabalhador crie seu próprio tempo de trabalho, também o coloca sob o domínio da instituição, fazendo com que as atividades passem, por exemplo, a ser executadas e controladas a partir do ambiente doméstico”.¹¹⁵

Outro fator social e cultural importante no contexto das AFEs é que o excesso, no contemporâneo, é também um padrão de referência, visto como “algo que acena ganhos e prazeres ilimitados e constantes, como se isso fosse possível”.¹¹⁶

Observou-se também que, para além da vertigem,¹¹⁷ o risco controlado é fator de motivação para a prática de AFEs, especialmente aquelas de aventura na natureza, já que o risco se configura como elemento inerente e propulsor, embora não para todos os participantes, dessas atividades.¹¹⁸ Sensações vertiginosas e de perigo levam à aproximação (especialmente jovens e adultos jovens), mas também ao afastamento em relação às AFEs de aventura (especialmente idosos). Para os idosos, especificamente, o risco também aparece como fator de desistência ou de não adesão às AFEs e, não raro, associado ao medo de lesões.

Quanto às ações de informação e divulgação de conhecimentos sobre as AFEs, é importante lembrar que “mesmo que não tenham intenção implícita de ensinar, transmitem uma variedade de formas de conhecimento que são vitais na formação de identidades”.¹¹⁹ Daí as tecnologias de comunicação e informação se instituírem em favor do esclarecimento crítico da população, conforme sugerem as atuais políticas de saúde, como é o caso da Política Nacional de Saúde. Se as

políticas, programas e ações estatais são desenhadas a partir de lacunas presentes na sociedade e a mídia pode atuar no sentido de informar e incentivar comportamentos, ela também vem disseminando informações superficiais em vários canais, sendo as peças publicitárias integrantes desse processo. Nesse sentido, atua secundarizando informações que oferecem riscos à saúde, prometendo resultados estéticos e físicos, difundindo modelos ideias de saúde e beleza, reforçando a ideia do corpo como um capital e, ao mesmo tempo, ferindo o direito à informação, à saúde e à escolha consciente.¹²⁰

As políticas nacionais para educação, saúde, esporte e lazer que vêm sendo elaboradas e divulgadas no Brasil nos últimos anos têm buscado uma integração entre distintos setores da sociedade e nelas pode-se localizar elementos que colocam em associação as AFEs e o DH, e que as reconhecem como potencializadoras do bem-estar multidimensional. Todavia, se encontramos um consenso nessas políticas no que se refere às relações causais positivas das AFEs – como melhoria da saúde, inclusão social, socialização, prevenção de doenças e envelhecimento saudável, como mencionado –, é somente nas políticas educacionais que localizamos aspectos pouco considerados no contexto da saúde e do esporte e lazer. Em documentos curriculares da Educação Básica, especialmente relacionados ao componente curricular de Educação Física, se chama a atenção para a tematização das AFEs presentes em nossa sociedade também como um fenômeno contraditório que, juntamente com as condições sociais objetivas e as relações causais positivas, considera a relação entre a realização de práticas corporais e “o universo de produção de padrões de desempenho, saúde, beleza e estética corporal e o modo como afetam a educação dos corpos, analisando criticamente os modelos disseminados na mídia e evitando posturas consumistas e preconceituosas”.¹²¹

Por fim, a saúde não pode ser apenas considerada uma propriedade do corpo, e, em relação às AFEs, ela nem sempre corresponde à ausência de doenças, tampouco à negligência pessoal ou à prevenção de lesões, ou, ainda, ao bem-estar. As AFEs são também portadoras, veículos, causa e consequência de sofrimento que se expressam como transtorno na anorexia, na dismorfia, na vigorexia, ou como vício, dependências que se confundem com um estilo de vida ativo e promovem uma relação de indiferença à dor. O excesso coloca em xeque a ideia de que as AFEs são sempre sinônimo de saúde e bem-estar ou que por consequência de sua prática sempre haverá saúde. Nessa mesma direção, conforme mencionado anteriormente, o que motiva as pessoas para as AFEs nem sempre se vincula à saúde e isso deve ser considerado na determinação de programas para a população, nas ações de



informação, divulgação e incentivo, e na própria oferta de AFEs. Muitas dessas “enfermidades da saúde” (e da aparência) têm origem na infância, momento em que o preconceito, o bullying, a exclusão social, a negligência nos cuidados, os modelos ideais de beleza e de boa forma se instituem como fatores perturbadores da imagem corporal e da luta entre um corpo real e um corpo ideal que dão sentido às AFEs, na medida em que ajudem a construir uma aparência aprovada socialmente e livre de imperfeições.

Lesões, excessos e compulsões também nos lembram que as escolhas não se restringem ao indivíduo como único fiador de seus projetos e que a constante exposição de padrões inalcançáveis, desde a infância, produz fragilidades psíquicas e emocionais de modo que o resultado recai na esfera do somático. Tais fragilidades decorrem, em grande medida, de nossas representações sociais sobre o corpo e suas expressões. Nesse sentido, deve-se considerar criticamente os discursos que responsabilizam unicamente o indivíduo pelas suas condições de saúde (e de educação e de lazer), uma vez que, ao desconsiderar os determinantes sociais, políticos e econômicos, acaba hipostasiando as possibilidades efetivas dos sujeitos praticarem AFEs regularmente em função das realidades em que vivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PNUD. **Nota Conceitual do Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional sobre Atividades Físicas e Esportivas e Desenvolvimento Humano.** Disponível em: <<http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh1/nota-conceitual.html>>. Acesso em: 20 out. 2016.
2. MINISTÉRIO DO ESPORTE. **Diagnóstico Nacional do Esporte (Diesporte): o perfil do sujeito praticante ou não de esportes e atividades físicas da população brasileira.** Brasília: Ministério do Esporte, 2016. Disponível em: <www.esporte.gov.br/diesporte>. Acesso em: 10 out. 2016.
3. GUALANO, B.; TINUCCI, T. **Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas.** Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.25, n. esp., pp.37-43, dez. 2011.
4. WILLIAMS, J. G. P. **Lesões no desporto.** Interamericana: McGrawHill, 1992.
5. GONÇALVES, A. et al. **Lesões desportivas: conceitos básicos.** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v. 16, n. 3, pp. 183-190, 1995.



6. GONÇALVES, A. et al. **Aspectos básicos e epidemiológicos das lesões desportivas em nosso meio: uma revisita descritivo-analítica.** Revista Brasileira de Medicina, v. 61, n. 7, pp. 477-488, 2004.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual de vigilância das lesões.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde.** 10. ed. São Paulo: Edusp, 2000, 3v.
9. ATALAIA, T.; PEDRO, R.; SANTOS, C. **Definição de Lesão Desportiva.** Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto, v. 3, n. 2, pp.13-21, 2009.
10. WARBURTON, D. E. R. et al. **Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: consensus document 2011.** Appl Physiol. Nutr. Metab, v. 36(Suppl 1), pp. 266-8, 2011.
11. WARBURTON, D. E. R. et al. **International launch of the PAR-Q+ and ePARmed-X. The physical activity readiness questionnaire (PAR-Q+) and electronic physical activity readiness medical examination (ePARmed-X+): summary of consensus panel recommendations.** Health Fit J Can, v. 4, n. 2, pp. 26-37, 2011.
12. PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2015 – O Trabalho como Motor do Desenvolvimento Humano.** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Nova Iorque, 2015.
13. FONG, D. et al. **A Systematic Review on Ankle Injury and Ankle Sprain in Sports.** Sports Med, v. 37, n. 1, pp. 73-94, 2007.
14. NICHOLL, J. P.; COLEMAN, P.; WILLIAMS, B. T. **The epidemiology of sports and exercise related injury in the United Kingdom.** Br J Sports Med., v. 29, n. 4, pp. 232-8, 1995.
15. VAN GALEN, W. C. H. W.; DIEDERICKS, J. **Sports injuries in The Netherlands.** Report from the Institute of Sports Medicine at the University of Limburg, 1988.
16. ROMBALDI, A. J. et al. **Prevalência e fatores associados à ocorrência de lesões durante a prática de atividade física.** Rev. Bras. Med. Esporte, v. 20, n. 3, pp. 190-4, 2014.



17. GREGO, Lia Geraldo et al. **Lesões na dança: estudo transversal híbrido em academias da cidade de Bauru-SP.** Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 5, n. 2, pp. 47-54, apr. 1999.
18. SCHWEICH, Laynna de Carvalho et al. **Epidemiologia de lesões musculoesqueléticas em praticantes de ballet clássico.** Fisioter. Pesqui., São Paulo, v. 21, n. 4, pp. 353-358, dec. 2014.
19. GOMES, António Rui. **Fatores psicológicos e lesões desportivas: da fantasia à realidade.** Rev. Medicina Desportiva informa, v. 3, n. 1, pp. 10-12, 2012.
20. SANTANA, Natal Luis de; CAMPOS, Luiz Antônio Silva. **Lesões na prática da musculação: aspectos fisiológicos e psicológicos analisados em academias de Patos de Minas – MG.** Coleção Pesquisa em Educação Física, Várzea Paulista, v.7, n. 3, pp. 295-302, 2008.
21. NUNES, Carlos Roberto de Oliveira et al. **Processos e intervenções psicológicas em atletas lesionados e em reabilitação.** Rev. Bras. Psicol. Esporte, São Paulo, v. 3, n. 1, pp. 130-146, jun. 2010.
22. SIMÕES, N. V. N. **Lesões desportivas em praticantes de atividade física: uma revisão bibliográfica.** Rev. Bras. Fisioter., v. 9, n. 2, pp. 123-128, 2005.
23. BAHR, R.; HOLME, I. **Risk factors for sports injuries – a methodological approach.** Br J Sports Med, v. 37, pp. 384-392, 2003.
24. ALMERON, Mauren Monteiro; PACHECO, Adriana Moré; PACHECO, Ivan. **Relação entre fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e a prevalência de lesões em membros inferiores em atletas de basquetebol e voleibol.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 2, n. 2, pp. 58-65, jul./dez. 2009.
25. DEMPSEY, R. L. et al. **Incidence of sports and recreation related injuries resulting in hospitalization in Wisconsin in 2000.** Inj Prev., v. 11, n. 2, pp. 91-6, 2005.
26. HOOTMAN, M. J. et al. **Association among physical activity level, cardiorespiratory fitness, and risk of musculoskeletal injury.** Am J Epidemiol., v. 154, n. 3, pp. 251-8, 2001.
27. SHAFFER, R. A. et al. **Use of simple measures of physical activity to predict stress fractures in young men undergoing a rigorous physical training program.** Am J Epidemiol., v. 149, n. 3, pp. 236-42, 1999.
28. LAURINO, C. F. S. et al. **Lesões músculo-esqueléticas no atletismo.** Rev. Bras. Ortop., v. 35, n. 9, pp. 364-8, 2000.



29. PILEGGI, P. et al. **Incidência e fatores de risco de lesões osteomioarticulares em corredores: um estudo de coorte prospectivo.** Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte., v. 24, n. 4, pp. 453-62, 2010.
30. SILVEIRA, Karoline Pegoraro da et al. **Nosographic profile of soccer injuries according to the age group.** Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum., Florianópolis, v. 15, n. 4, pp. 476-485, aug. 2013.
31. GOUVEIA, Ana Paula Mendes; DUARTE, Natália Lobo; NAVARRO, Francisco. **Perfil das lesões em praticantes de skate.** Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo, v.2, n.9, pp.306-313, mai/jun. 2008.
32. VANDERLEI, Franciele Marques. **Lesões em crianças e adolescentes praticantes de diferentes modalidades esportivas.** 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2011.
33. ZANUTO, Everton Alex Carvalho; HARADA, Hiroyuki; GABRIEL FILHO, Luís Roberto Almeida. **Análise epidemiológica de lesões e perfil físico de atletas do futebol amador na região do Oeste Paulista.** Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 16, n. 2, pp. 116-120, apr. 2010.
34. SHIMAZAKI, Tamlyn et al. **Exploração de fatores de risco para lesões desportivas em atletas de tênis de mesa.** Fisioter. Pesqui., São Paulo, v. 19, n. 2, pp. 158-164, jun. 2012.
35. PASTRE, C. M. et al. **Lesões desportivas no atletismo: comparação entre informações obtidas em prontuários e Inquéritos de Morbidade Referida.** Rev. Bras. Med. Esporte, v. 10, pp. 1-8, 2004.
36. DOMINGUES, S. P. T. et al. **Implicações do nível de aptidão física na gênese de lesões esportivas.** Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum., v. 7, n. 29, pp. 29-35, 2005.
37. SILVA, Marília Passos Magno e et al. **Aspectos das lesões esportivas em atletas com deficiência visual.** Rev. Bras. Med. Esporte, São Paulo, v. 17, n. 5, pp. 319-323, oct. 2011.
38. SILVA, Alice Tatiane da et al. **Fatores associados à ocorrência de lesões durante a prática de atividade física em academias ao ar livre.** Rev. Bras. Med. Esporte, São Paulo, v. 22, n. 4, pp. 267-271, aug. 2016.
39. BLANKE, Andressa de Oliveira; SILVA, Marcelo Cozzensa da. **Lesões relacionadas ao esporte competitivo e não competitivo em idosos do sexo**

- masculino.** Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza, v. 28, n. 3, pp. 318-326, jul./set., 2015.
40. SANTOS, S. G.; PIUCCO, T.; REIS, D. C. **Fatores que interferem nas lesões de atletas amadores de voleibol.** Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, Florianópolis, v. 9, n. 1, pp. 189-195, abr. 2007.
41. PURIM, Kátia Sheylla Malta et al. **Lesões desportivas e cutâneas em adeptos de corrida de rua.** Rev. Bras. Med. Esporte, São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 299-303, ago. 2014.
42. VANDERLEI, Franciele Marques et al. **Lesões desportivas e seus fatores de risco em adolescentes praticantes de natação.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum., São Paulo, v. 24, n. 1, pp. 73-79, 2014.
43. RIBEIRO, Rodrigo Nogueira et al. **Prevalência de lesões no futebol em atletas jovens: estudo comparativo entre diferentes categorias.** Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 189-194, sep. 2007.
44. PASTRE, Carlos Marcelo et al. **Exploração de fatores de risco para lesões no atletismo de alta performance.** Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 13, n. 3, pp. 200-204, jun. 2007.
45. CONTE, Marcelo et al. **Exploração de fatores de risco de lesões desportivas entre universitários de educação física: estudo a partir de estudantes de Sorocaba/SP.** Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 8, n. 4, pp. 151-156, ago. 2002.
46. BLANKE, Andressa de Oliveira; SILVA, Marcelo Cozzensa da. **Lesões relacionadas ao esporte competitivo e não competitivo em idosos do sexo masculino.** Rev. Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza, v. 28, n. 3, pp. 318-326, jul./set., 2015.
47. SABINO, C. **Musculação: expansão e manutenção da masculinidade.** In: GOLDENBERG, M. (Org.). Os novos desejos: das academias às agências de encontro. Rio de Janeiro: Record, 2000. pp. 61-103.
48. GONÇALVES, Michelle Carreirão. **Esporte e estética: um estudo com jogadoras de rúgbi.** 2014. 225 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2014.

49. BOAVENTURA, Patrícia Luiza Bremer. **Técnica, dor, feminilidade: educação do corpo na ginástica rítmica**. Florianópolis, 2011. 162 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2011.
50. TURELLI, Fabiana Cristina. **Corpo, domínio de si, educação: sobre a pedagogia das lutas corporais**. Florianópolis, 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2008.
51. KLEIN, Lucas Barreto. **Profissionalização e escolarização de jovens atletas de futsal em Santa Catarina**. 2014. 145 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2014.
52. CARREIRÃO GONÇALVES, Michelle; TURELLI, Fabiana Cristina; VAZ, Alexandre Fernandez. **Corpos, dores, subjetivações: notas de pesquisa no esporte, na luta, no balé**. Movimento (ESEFID/UFRGS), Porto Alegre, vol. 18, n. 3, pp. 141-158, mai. 2012.
53. HANSEN, R.; VAZ, A. F. **Treino, culto e embelezamento do corpo: um estudo em academias de ginástica e musculação**. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Campinas, v. 26, n. 1, pp. 135-152, set. 2004.
54. BASSANI, J. J.; TORRI, Danielle; VAZ, Alexandre Fernandez. **Sobre a presença do esporte na escola: paradoxos e ambiguidades**. Movimento (UFRGS), v.9, n. 3, pp. 89-112, mai./ago. 2003.
55. RUBIO, K.; GODOY MOREIRA, F. **A representação de dor em atletas olímpicos brasileiros**. Revista Dor, São Paulo, v. 8, pp. 926-935, 2007.
56. PINHEIRO, Maria Claudia et al. **Experiências de dor e lesão no desporto feminino**. Movimento (ESEFID/UFRGS), Porto Alegre, vol. 17, n. 4, pp. 101-121, out. 2011.
57. MACEDO, Christiane G.; BERTÉ, Isabela L.; GOELLNER, Silvana V. **História oral na era digital: a experiência do projeto Garimpando memórias**. História Oral, v. 19, n. 1, pp. 41-58, jan./jun. 2016.
58. ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

59. GOELLNER, Silvana Vilodre. **A educação dos corpos, dos gêneros e das sexualidades e o reconhecimento da “diversidade”**. Cadernos de Formação RBCE, v.1, n. 2 pp. 71-83, mar. 2010.
60. LOPES, Mirela Valerio. **Vigorexia: entre o vício, a saúde e o estilo de vida**. 2014. 145 f. Mestrado em Ciências Sociais Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.
61. CHARLESWORTH, H.; YOUNG, K. **Injured female athletes: experiential accounts from England and Canada**. In: LOLAND, S.; SKIRSTAD, B.; WADDINGTON, I. (Ed.). Pain and Injury in Sport. London: Routledge, 2006. pp. 89-106.
62. TORRI, Giselle; BASSANI, J. J.; VAZ, Alexandre Fernandez. **Dor e tecnificação no contemporâneo culto do corpo**. Pensar a Prática (UFG), v.10, n. 2, pp. 261-273, jul./dez. 2007.
63. LAVOURA, T. N.; SCHWARTZ, G. M.; MACHADO, A. A. **Aspectos emocionais da prática de atividades de aventura na natureza: a (re)educação dos sentidos**. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 22, n. 2, pp. 119-127, abr./jun. 2008.
64. LE BRETON, D. **Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver**. São Paulo: Autores Associados, 2009.
65. SILVA, P. P. C. et al. **Risco e práticas corporais na natureza: uma revisão sistemática**. Rev. Bras. Ci. e Mov., v. 18, n. 2, pp. 84-91, 2010.
66. BENTLEY, T. A.; MACKY, K.; EDWARDS, J. **Injuries to New Zealanders participating in adventure tourism and adventure sports: an analysis of accident compensation corporation (ACC) claims**. The New Zealand Medical Journal, pp. 1119-1247, 2006.
67. BENTLEY, T. A.; PAGE, S.; MACKY, K. A. **Adventure tourism and adventure sport injury: the New Zealand experience**. Applied Ergonomics, v. 38, n. 6, pp. 791-796, 2007.
68. BENTLEY, T. A.; PAGE, S.; WALKER, L. **The safety experience of New Zealand adventure tourism operators**. J. Travel Med., v. 11, n. 5, pp. 280-286, 2004.
69. BENTLEY, T. A.; PAGE, S. J.; LAIRD, I. S. **Safety in New Zealand's adventure tourism industry: the client accident experience of adventure tourism operators**. J. Travel Med., v. 7, n. 5, pp. 239-245, 2000.

70. SCHWARTZ, Gisele Maria; CARNICELLI FILHO, Sandro. **(Desin)Formação profissional e atividades de aventura: focalizando os guias de “Rafting”**. Rev. Bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo, v.20, n.2, pp. 103-09, abr./jun. 2006.
71. DE PAULA SANTOS, Gustavo et al. **Incidência de lesões desportivas e supratreinamento no futebol**. ConScientiae Saúde, v. 13, n. 2, pp. 203-210, 2014.
72. FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE MÉDECINE SPORTIVE. **Treinamento físico excessivo em crianças e adolescentes**. Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 3, n. 4, pp. 122-124, dec. 1997.
73. SILVA, Adelino S. R.; SANTHIAGO, Vanessa; GOBATTO, Cláudio A. **Compreendendo o overtraining no desporto: da definição ao tratamento**. Rev. Port. Cien. Desp., Porto, v. 6, n. 2, pp. 229-238, mai. 2006.
74. CRUZ, Raphael Silva da; CASA JUNIOR, Adroaldo José; VIEIRA, Thaís Cidália. **Diagnóstico do overtraining em atletas de alto rendimento: revisão de literatura**. Revista Movimenta, v. 6, n. 1, pp. 421-432, 2013.
75. HAUSENBLAS, H. A.; DOWNS, D. S. **A review of exercise dependence**. Psychol. Sport Exerc., v. 3, pp. 89-123, 2002.
76. HAUSENBLAS, H. A.; DOWNS, D. S. **How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale**. Psychol. Health, v. 17, pp. 387-404, 2002.
77. GRAVE RD, S. C, MARCHESINI G. **Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome**. Compr Psychiatry, v. 49, n. 27, pp. 346-52, 2008.
78. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5 DSM-5**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
79. FEITOSA FILHO, Odimar Araújo. **Vigorexia: uma leitura psicanalítica**. 2008. 150 f. Mestrado em Psicologia – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.
80. DEZAM, F. F. **Corpos modernos e vigorexia na rede social virtual: ideais midiáticos e suas influências na imagem corporal masculina**. 2011. 105 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias) – Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2011.
81. TAVARES, Carolina Paioli. **Aspectos psicofísicos da imagem corporal e a sua relação com a dismorfia muscular e a dependência de exercício**. 2015 126



- f. Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2015.
82. CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de et al. **Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal.** Rev. Bras. Psicol. Esporte, São Paulo, v. 2, n. 1, pp. 1-15, jun. 2008.
83. ASSUNCAO, Sheila Seleri Marques. **Dismorfia muscular.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 24, supl. 3, pp. 80-84, dec. 2002.
84. POPE, H. G. et al. **Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder.** Psychosomatics, v. 38, n. 6, pp. 548-557, 1997.
85. POPE, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.
86. POPE, H. G. et al. **Body image perception among men in three countries.** American Journal of Psychiatry, v. 157, pp. 1297-1301, 2000.
87. POPE, H. G.; KATZ, D.L.; HUDSON, J. I. **Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among male bodybuilders.** Comprehensive Psychiatry, n. 34, pp. 406-409, 1993.
88. HILDEBRANDT, T.; LANGENBUCHER, J.; SCHLUNDT, D. G. **Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures.** Body Image, n. 1, pp. 169-81, 2004.
89. GOMES, R.L. et al. **Correlação entre o questionário do complexo de adonis (QCA) com fatores do questionário de dependência ao exercício físico (QDEF) em praticantes de musculação na cidade de Fortaleza/CE.** Coleção Pesquisa em Educação Física, Várzea Paulista, v. 12, n. 4, pp. 93-100, 2013.
90. BODY DYSMORPHIC DISORDER FOUNDATION. Disponível em: <<http://bddfoundation.org/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.
91. SOLER, Patrícia Tatiana et al. **Vigorexia e níveis de dependência de exercício em frequentadores de academias e fisiculturistas.** Rev. Bras. Med. Esporte, São Paulo, v. 19, n. 5, pp. 343-348, oct. 2013.
92. ROSA, Daniel Alves; MELLO, Marco Túlio de; SOUZA-FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira. **Dependência da prática de exercícios físicos: estudo com maratonistas brasileiros.** Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 9, n. 1, pp. 9-14, fev. 2003.

93. ORTEGA, Francisco. **Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades.** Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, pp. 59-77, 2003.
94. SABINO, C. **Anabolizantes: Drogas de Apolo.** In: GOLDENBERG, M. (Org.). Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. pp. 139-188.
95. GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. **A civilização das formas: o corpo como valor.** In: GOLDENBERG, M. (org.) Nu e Vestido: Dez Antropólogos Revelam a Cultura do Corpo Carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. pp. 19-40.
96. ROVERI, Fernanda T.; SOARES, Carmen L. **Meninas! Sejam educadas por Barbie e com a Barbie...**Educar em Revista, Curitiba, v. 41, pp. 147-163, 2011.
97. FELIPE, J.; GUIZZO, B. S. **Erotização dos corpos infantis na sociedade de consumo.** Pro-Posições, Campinas, v. 14, n. 3, pp. 119-130, set.-dez. 2003.
98. O'SICKEY, I. M. **A Revista Barbie e a utilização estética do corpo das meninas.** In: BENSTOCK, S.; FERRIS, S. (Orgs.). Por dentro da moda. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
99. RAEL, C. C. **Gênero e sexualidade nos desenhos da Disney.**In: LOURO, G. *etal.* (Org.).Corpo, gênero e sexualidade:um debate contemporâneo na educação.Petrópolis: Vozes, 2003.
100. SABAT, R. **Gênero e sexualidade para consumo.**In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. (Orgs.). Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.
101. RICHTER, Ana. C.; VAZ, Alexandre. F. **Momento do Parque em uma rotina de educação infantil: corpo, consumo, barbárie.** Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 36, pp. 673-684, 2010.
102. GOLDENBERG M. (Org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
103. LEVANDOSKI, Gustavo, CARDOSO, Fernando Luiz. **Imagem corporal e status social de estudantes brasileiros envolvidos em bullying.** Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 45, n. 1, pp. 135-145, 2013.
104. AZEVEDO, Andréa Maria Pires; DE OLIVEIRA, Caminha Iraquitã.**Estetização da saúde e dismorfia muscular: concepções sociais do corpo.** ConScientiae Saúde, v. 10, n. 3, pp. 530-538, 2011.

105. CONTI, Maria Aparecida; BERTOLIN, Maria Natacha Toral; PERES, Stela Verzinhasse. **A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer?** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, pp. 2095-2103, jul. 2010.
106. FROIS, Erica; MOREIRA, Jacqueline; STENGEL, Márcia. **Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão** Psicologia em Estudo, v. 16, n. 1, pp. 71-77, mar. 2011.
107. LAUS, Maria Fernanda. **Influência do padrão de beleza veiculado pela mídia na satisfação corporal e escolha alimentar de adultos.** 2012. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
108. RAMOS, Anne C. **O corpo-bagulho: ser velho na perspectiva das crianças.** Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 34, n. 2, pp. 239-260, maio/ago. 2009.
109. RIBESS, Sheila; VIRTUOSO JUNIOR, Jair Sindra; PETROSKI, Édio Luiz. **Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp. 31-38, jan. 2010.
110. CAMARGO, Brígido Vizeu et al. **Representações sociais do corpo: estética e saúde.** Temas Psicol., Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, pp. 257-268, jun. 2011.
111. GONCALVES, C.O.; CAMPANA, A.N.; TAVARES, M.C. **Influência da atividade física na imagem corporal: Uma revisão bibliográfica.** Motri., Vila Real, v. 8, n. 2, pp. 70-82, 2012.
112. VAZ, A. F.; SILVA, A.; ASSMANN, S. O corpo como limite. In: CARVALHO, Y.; RUBIO, K. Educação Física e Ciências Humanas. São Paulo: Hucitec, 2001. pp.77-88.
113. ALMEIDA, Felipe Q.; BRACHT, Valter. **Esporte, escola e a tensão que os megaeventos esportivos trazem para a Educação Física Escolar.** Em Aberto, Brasília, v. 26, n. 89, pp. 131-143, jan./jun. 2013.
114. VAZ, Alexandre F.; BASSANI, Jaison J.; **Esporte, sociedade, educação: megaeventos esportivos e Educação Física escolar.** Impulso, Piracicaba, v. 23, pp. 87-98, 2013.
115. TONON, Leonardo; GRISCI, Carmem Ligia Lochins. **Gestão gerencialista, estilos de vida e (im)possibilidades de ruptura na carreira executiva.** Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 7, n. 2, pp. 247-259, jul-dez. 2014.



116. CASTIEL, Luis David; GUILAM, Maria Cristina R.; FERREIRA, Marcos S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2010.
117. SOUZA, F. R. **O imaginário no rafting: uma busca pelos sentidos da aventura, do risco e da vertigem**. São Paulo: Zouk, 2004.
118. PAIXAO, Jairo Antônio da et al. **Risco e aventura no esporte na percepção do instrutor**. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 2, pp. 415-425, ago. 2011.
119. SILVA, Tomas T. da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
120. MARINS, Bianca Ramos; ARAUJO, Inesita Soares de; JACOB, Silvana do Couto. **A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?** *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, pp. 3873-3882, set. 2011.
121. BRASIL. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular. Disponível em: <<http://basenacionalcomum.mec.gov.br/documentos/bncc-2versao.revista.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

