



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CAMILA RACHEL LIRA SILVA

MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE E ESTETIZAÇÃO DA VIDA: cultura *fitness* e
Política de Saúde no Brasil

Recife/PE

2021

CAMILA RACHEL LIRA SILVA

MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE E ESTETIZAÇÃO DA VIDA: cultura *fitness* e
Política de Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais

Orientador: Marco Antonio Mondaini de Souza

RECIFE/PE
2021

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586m Silva, Camila Rachel Lira
Medicalização da saúde e estetização da vida: cultura fitness e política de saúde no Brasil / Camila Rachel Lira Silva. - 2021.
132 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Mondaini de Souza
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2021.
Inclui referências.

1. Política de saúde. 2. Aptidão física. 3. Imagem. I. Souza, Marco Antonio Mondaini de (Orientador). II. Título.

361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2021 – 047)

Camila Rachel Iira Silva: *“MEDICALIZAÇÃO DA SAÚDE E ESTETIZAÇÃO DA VIDA: CULTURA FITNESS E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL”*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSS/UFPE para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Questão social.

Área de concentração: Serviço Social, Movimentos Sociais e Direitos Sociais.

Aprovada em 26/02/2021 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Participação via Videoconferência

Prof. Dr. Marco Antonio Mondaini de Souza (Orientador e Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof.^a Dr.^a Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof.^a Dr.^a Kathleen Elane Leal Vasconcelos (Examinador Externo)
Universidade Estadual da Paraíba

Recife, 26 de fevereiro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Durante esse período de dois anos, além do amadurecimento intelectual proporcionado pelo curso, houve também a vivência de profundas mudanças interiores. A Pós-Graduação me proporcionou concomitantemente ao título de mestre, ampliação de minha autonomia intelectual enquanto discente e pesquisadora e, por conseguinte, a superação de diversos obstáculos.

Chego a este momento com profunda emoção em ter conseguido concretizar algo que almejei desde muito cedo de forma muito especial e carregado do mais puro sentimento de gratidão e alegria.

Agradeço aos meu queridos pais Geraldo e Ronilda, sempre.

À minha irmã Karen, pela força.

A Harrison, por todo amor e companheirismo de sempre.

À Kathleen Elane, por incentivar minhas reflexões.

A Marco Mondaini, pelo aceite além-mar.

À Raquel Soares, por ter aceitado o convite de participar da banca de qualificação e examinadora.

Aos/Às queridos/as amigos/as que fiz durante essa caminhada, e aos/às que me acompanham desde muito antes.

À Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, pelo apoio institucional.

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

(GALEANO, 1994, p.310)

RESUMO

O debate do “bem-estar”, a partir da aparência e das condições do corpo, tem ganhado destaque na contemporaneidade. Esse fenômeno de valorização dos parâmetros estéticos, sob o crivo do discurso do “saudável”, é denominado de “estetização da vida”. O presente trabalho buscou analisar as tendências da “estetização da vida” na Política de Saúde brasileira e nos programas e recomendações do Ministério da Saúde (MS). Na tessitura da política do país, há diretrizes e normativas sanitárias que focam na alteração individual do comportamento e em ações que incentivam uma vida ativa, o emagrecimento e, a realização de atividades físicas que, além de ter relação com a expansão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, têm associações com o ideário da “estetização da vida”. Esse debate configura um terreno sinuoso e repleto de tensões conceituais e ideopolíticas que integra a busca do neoliberalismo por uma nova hegemonia, especialmente ao passar a ideia de que “cuidar do corpo” refere-se a um interesse de todos, passando os interesses privados a serem vistos como interesses públicos. A questão central desse estudo foi entender de que modo esse processo da “estetização da vida”, que vem se impondo no mundo desde 1990, tornou-se hegemônico a ponto de influenciar as políticas públicas de saúde no Brasil. Com isso, buscou-se identificar os fundamentos sócio-históricos e ideopolíticos do processo de afirmação da “estetização da vida” e analisar a construção de sua hegemonia a fim de identificar, nas diretrizes da política pública de saúde brasileira e nos dados estatísticos do mercado *fitness*, os elementos da cultura liberal individualista responsáveis pelo seu fortalecimento. Para tanto, foi realizado um estudo a partir do método crítico-dialético e, como recurso metodológico, foi realizado um estudo teórico-conceitual e a pesquisa documental. O documento analisado foi a Política Nacional de Promoção da Saúde e os programas do MS, tais como: Programa Academia da Saúde, Projeto Academia Recife, o Guia Alimentar para População Brasileira e as demais recomendações lançadas pelo MS. Constatou-se diversas contradições, pois, se de um lado, a política e as recomendações criam condições de acesso ao conhecimento de modos de preparação de alimentos saudáveis e à prática de atividade física, ao mesmo tempo que possui tendências do ideário da “estetização da vida” ao focar no indivíduo enquanto responsável por sua conduta alimentar, abordar o peso corporal enquanto estratégia para se manter “saudável”, desconsiderando as condições de vida e trabalho; pode ser também considerado, por outro lado, materiais contra hegemônicos, na medida em que são alvos de ataques de grandes indústrias e do próprio Estado, por esbarrar nos interesses econômicos dos grandes conglomerados, tais como as indústrias alimentícias. Além disso, constatou-se elementos representativos de um mercado *fitness* em ascensão que vem obtendo altos índices de lucratividade ao se apropriar do discurso do “bem-estar”, da beleza, da vitalidade e da estética. Portanto, é indiscutível a imprescindibilidade do aprofundamento da discussão crítica da temática, uma vez que se trata de um ideário que vem se colocando sobremaneira no cotidiano dos sujeitos.

Palavras-chave: Estetização da vida. Espetacularização da imagem. Política Nacional de Promoção da Saúde. Mercado *Fitness*.

ABSTRACT

The debate about "well-being", based on the appearance and condition of the body, has gained prominence in contemporary times. This phenomenon of valorization of aesthetic parameters, under the sieve of the "healthy" discourse, is called "aestheticization of life". This paper sought to analyze the trends of the "aestheticization of life" in the Brazilian Health Policy and in the programs and recommendations of the Ministry of Health (MH). In the weaving of the country's policy, there are guidelines and health norms that focus on individual behavioral change and on actions that encourage an active life, weight loss, and physical activity, which, besides being related to the expansion of Non-Transmissible Chronic Diseases, are associated with the ideology of the "aestheticization of life". This debate configures a winding terrain full of conceptual and ideopolitical tensions that integrates neoliberalism's search for a new hegemony, especially when passing the idea that "taking care of the body" refers to everyone's interest, and private interests are seen as public interests. The central question of this study was to understand how this process of "aestheticizing life", which has been imposed in the world since 1990, has become hegemonic to the point of influencing public health policies in Brazil. With this, we sought to identify the socio-historical and ideopolitical foundations of the process of affirmation of the "aestheticization of life" and to analyze the construction of its hegemony in order to identify, in the Brazilian public health policy guidelines and in the statistical data of the fitness market, the elements of the individualistic liberal culture responsible for its strengthening. To this end, a study was conducted from the critical-dialectical method and, as a methodological resource, a theoretical-conceptual study and documentary research were carried out. The document analyzed was the National Health Promotion Policy and the MS programs, such as: Health Academy Program, Recife Academy Project, the Food Guide for the Brazilian Population, and other recommendations released by the MS. Several contradictions were found, because, if on one hand, the policy and recommendations create conditions for access to knowledge of healthy food preparation methods and the practice of physical activity, at the same time it has tendencies of the "aestheticization of life" ideology by focusing on the individual as responsible for his or her eating behavior, approaching body weight as a strategy to stay "healthy", disregarding the living and working conditions; can also be considered, on the other hand, counter-hegemonic materials, to the extent that they are targets of attacks from big industries and from the State itself, because they clash with the economic interests of large conglomerates, such as the food industries. In addition, we found representative elements of a growing fitness market that has been achieving high levels of profitability by appropriating the discourse of "well-being," beauty, vitality, and aesthetics. Therefore, it is unquestionable the need to deepen the critical discussion of the theme, since it is an ideology that has been placing itself very much in the daily lives of people.

Keywords: Aestheticization of life. Spectacularization of the image. National Health Promotion Policy. Fitness Market.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - <i>Ranking</i> dos países que mais fazem cirurgias plásticas no mundo, no ano de 2018.....	73
Gráfico 2 - <i>Ranking</i> de faturamento em academias 2019.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais conceitos do estudo.....	80
Quadro 2 - Recomendações do MS.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

ANS- Agência Nacional de Saúde

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS- Atenção Primária à Saúde

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF- Constituição Federal

DCNT- Doença Crônica Não Transmissível

EPS- Educação Popular em Saúde

ES- Educação em Saúde

IDEC- Instituto Brasileiro em Defesa do Consumidor

IDISA- Instituto de Direito Sanitário Aplicado

IMC- Índice de Massa Corpórea

IS- Internacional Situacionista

MRS- Movimento de Reforma Sanitária

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NPS- Nova Promoção da Saúde

NUPEPSS- Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social

OMS- Organização Mundial da Saúde

PAB- Piso da Atenção Básica

PAC- Programa Academia da Cidade

PAC-R- Programa Academia da Cidade - Recife

PAS- Programa Academia da Saúde

PL- Projeto de Lei

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS- Política Nacional da Promoção da Saúde

PS- Promoção da Saúde

SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS- Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

UEPB- Universidade Estadual da Paraíba

VIGITEL- Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
por Inquérito Telefônico

WHO- World Health Organization

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
2. A PASSAGEM DA MODERNIDADE SÓLIDA PARA MODERNIDADE LÍQUIDA.....	21
2.1. A “modernidade líquida” e a “sociedade do consumo”	29
2.2. A percepção sobre <i>saúde</i> na “sociedade dos produtores” e <i>aptidão</i> na “sociedade dos consumidores”.....	33
2.3. Entre a “sociedade dos consumidores” e a “sociedade do espetáculo”	36
2.3.1. O <i>turista x vagabundo</i> para além dos limites geográficos: a relação dos sujeitos com o corpo na sociedade dos consumidores e do espetáculo	40
2.4. A biopolítica e o disciplinamento dos corpos	43
3. O PARADGMA DE SAÚDE HEGEMÔNICO NA CONTEMPORANEIDADE: o modelo biomédico de atenção à saúde	46
3.1. A “medicalização” e “farmacologização” da saúde.....	48
3.2. A lógica da “estetização da saúde” emerso no movimento da Nova Promoção da Saúde (NPS)	52
3.2.1. Concepções contemporâneas sobre saúde: algumas considerações	61
3.3. A “estetização da saúde”: um debate contemporâneo.....	62
3.4. O ideário da “estetização da vida” e o processo de “espetacularização da imagem”	65
3.4.1. A “estetização da vida” enquanto ideário emerso no cotidiano dos sujeitos	68
3.4.2. A busca pela eterna juventude no ideário da “estetização da vida”.....	70
3.4.3. Os procedimentos e cirurgias estéticas enquanto necessidades impostas pelo ideário da “estetização da vida” e do “mercado <i>fitness</i> ”	71
3.4.4. O ideário da “estetização da vida” emerso na prática de atividade física e na busca por alimentação saudável	76
4. AS TENDÊNCIAS DO IDEÁRIO DA “ESTETIZAÇÃO DA VIDA” NA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS) E NOS PROGRAMAS E ROCOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)....	79
4.1. O Programa Academia da Saúde, Programa Academia da Cidade, Projeto Academia Recife e o ideário da “estetização da vida”	103
4.2. O Guia Alimentar para a População Brasileira	111
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	121

1. INTRODUÇÃO

A temática abordada na presente dissertação de mestrado aprofunda estudos voltados para a “estetização”, esforço que vem conferir continuidade a nossa trajetória de estudos acadêmicos, iniciada a partir da participação no projeto de investigação intitulado “Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”¹, vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Política de Saúde e Serviço Social (NUPEPSS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

A imersão nas leituras sobre Promoção da Saúde (PS) nos chamou atenção para uma dentre suas diversas vertentes: a profunda conexão do ideário promocionista com os interesses do mercado (VASCONCELOS, 2013), fato que vem ocorrendo, segundo a autora, a partir dos anos 1990, à medida que se intensifica a incorporação da saúde à produção e à venda de mercadoria.

Conforme análise realizada pelo CEBES [s.d], a disseminação da PS incentivou um novo padrão de consumo que avança para todas as esferas do cotidiano. Assim, esse processo contribuiu para alimentar o “mercado *fitness*”, o qual, se constitui num ramo do mercado que vende produtos com propósito de se alcançar um corpo bonito, que acaba sendo assumido como um corpo saudável, e se constitui, na contemporaneidade, como um dos sustentáculos da acumulação capitalista.

Esse mercado apropria-se do discurso de “Promover Saúde” e começa a desenvolver uma verdadeira “paixão pela forma” que deriva de uma ressignificação do corpo (LUZ, 2003) privilegiando, dessa maneira, o consumo como instrumento fundamental para que se alcance uma vida saudável, por meio de um corpo bonito, de acordo com os critérios estéticos criados por esse mesmo mercado.

Além disso, as observações em torno da forte presença dessas questões em nosso cotidiano (a atual corrida ou pressão social na busca de saúde, através da realização de atividades físicas, dietas, traduzidas na busca pelo estilo de vida saudável e *fitness*) despertaram nosso interesse para nos debruçarmos de maneira mais aprofundada sobre o tema.

¹ Tal projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada 43-2013, através do processo 4090692013-2, durante o período de dezembro de 2013 a dezembro de 2015.

Com isso, partimos para construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) envoltas nessas questões e observações, tendo como questão central o porquê da saúde associada à dimensão estética ter se tornado tão importante na cultura atual.

As reflexões tecidas no trabalho indicaram que se trata de um processo tão amplo que diversas análises podem ser realizadas. Na literatura que nos debruçamos, as produções ora ressaltavam a contemporânea preocupação exagerada com o corpo, expressa através de procedimentos estéticos, cirurgias, regimes, dietas, entre outros; ora focavam na necessidade de se obter estilo de vida saudável, que envolve principalmente cuidados com a alimentação e o exercício físico. Assim, apesar de se colocarem numa perspectiva crítica, raras eram as produções disponíveis que associavam as discussões à totalidade da vida social e ao quadro societário contemporâneo. Isso revelou também a ausência do debate teórico sob a luz do marxismo nas produções acerca da relação entre a saúde e o corpo. Nesse sentido, percebemos a necessidade de aprofundamento do estudo nessa perspectiva, bem como a relevância da temática no contexto nacional.

Para se ter uma ideia das dimensões da lógica da “estetização” no Brasil, indicamos as seguintes informações: 1. Vivenciamos um verdadeiro *boom* das academias, o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* de número de academias espalhadas por todo território nacional; 2. A busca pelo aconselhamento nutricional ganha cada vez mais adeptos, pois o padrão de beleza do corpo magro e *fitness* é veiculado às mensagens de sucesso e felicidade (LUZ, 2003); 3. Ocupamos o primeiro lugar do *ranking* em cirurgias plásticas, tendo sido realizadas, só no ano de 2018, 1,5 milhão de cirurgias plásticas e 1,1 milhão de procedimentos estéticos. Conforme Ferreira (2015), estes “são números expressivos que demonstram a necessidade de ampliação da discussão” (p.2) sobre a temática. Diante da relevância desse processo na atualidade, constatou-se a necessidade de entender as múltiplas determinações de sua emergência e espraiamento.

A valorização dos parâmetros estéticos para definir se os sujeitos têm saúde vem sendo definido como “estetização da saúde” (FERREIRA, 2015). Esse processo vem tornando-se cada vez mais o critério social e cultural de enquadramento dos sujeitos para determinar se realmente estão saudáveis. Entretanto, durante a investigação percebemos que além da preocupação excessiva com a “saúde”, a “vida” humana passou a ser medida pela necessidade de “se cuidar”. A vitalidade passou a estar diretamente associada à prática de atividades físicas, à realização de procedimentos e cirurgias estéticas, ao consumo de alimentos ditos saudáveis, tudo isso vinculado à imagem de sucesso e

felicidade. Por isso, compreendemos que a vida moderna impõe um novo ideário: a estetização da vida. Trata-se de um ideário em que os parâmetros estéticos são valorizados sob o crivo do discurso do “bem-estar”, atrelado a uma espetacularização dos sujeitos ditos “saudáveis”.

Nesse sentido, a questão central de nosso estudo foi compreender de que modo esse processo da “estetização da vida”, que vem se impondo no mundo desde 1990, tornou-se hegemônico a ponto de influenciar as políticas públicas de saúde, em especial a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), os programas e recomendações do Ministério da Saúde (MS).

No desenvolvimento da nossa investigação nos deparamos com o que consideramos uma discussão tênue e sinuosa: o debate da “estetização da vida”. Adentrar nesse universo não foi tarefa simples, pois na medida em que fomos aprofundando a reflexão, descobrimos que há, de um lado, uma conexão entre o ideário da “estetização da vida” e a iniciativa privada, em especial, o mercado *fitness*; de outro lado, as respostas do Estado à saúde da população, a fim de oferecer “bem-estar”, que incentivam uma vida ativa e o emagrecimento. Nesse debate, diversas interpretações podem ser realizadas, inclusive os riscos de tendências do ideário da “estetização da vida” nas políticas, programas e recomendações, que ora se mostra sutil, ora explicitamente com inúmeras contradições e ambiguidades presentes.

A escolha de análise da PNPS e dos programas e recomendações do MS, contudo, não se deu no vazio. Em primeiro lugar, conforme indicamos, há uma intensa associação entre a PS, em sua vertente comportamentalista, a Nova Promoção da Saúde (NPS), e o “mercado da saúde”, contexto em que o saudável se entrelaça com estético e emerge o ideário da “estetização”.

Em segundo lugar, em nossa incursão sobre o tema, percebemos que a PNPS e alguns programas e recomendações do MS incentivam uma vida ativa, o emagrecimento, a alimentação saudável, a realização de atividades físicas - especialmente através das academias -, que além de ter relação com a expansão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), têm associações com o ideário da “estetização da vida”. Desse modo, abre-se margem para o entendimento de que “obter saúde” reduza-se ao uso de academias, da alimentação saudável, da perda de peso.

Cabe indicar que, por outro lado, conforme indicamos, em nosso percurso sobre o tema, surgiram diversos elementos representativos de um mercado em ascensão – em

especial, o *fitness* - como, por exemplo, a prática de atividade física através de academias de musculação, a realização de cirurgias e procedimentos estéticos, a oferta de produtos cosméticos, a modificação dos hábitos alimentares dos sujeitos que acontece muito em vista de impulsos obsessivos pela vitalidade ou, até mesmo, diante de certa repulsa de desenvolver em seus corpos gordura ou flacidez, ou seja, uma finalidade estética.

O “mercado *fitness*” se apropria do discurso do “bem-estar” e passa a se envolver no cotidiano dos sujeitos, apontando alternativas como: busca pela juventude atrelado à imagem de sucesso e felicidade; necessidade de realização de procedimentos estéticos e cirurgias plásticas, e a busca por atividade física e alimentação saudável a fim de um perfil determinado, o *fitness*.

Essa manifestação cultural do culto ao corpo que envolve não só a prática de atividade física e as dietas, mas também “as cirurgias plásticas, o uso de produtos cosméticos” (LUZ, 2003, p.3), entre outros, também passaram a ganhar relevância nesse nicho do mercado, não raramente nos deparamos, de diversas maneiras, com as famosas harmonizações faciais, lipoaspirações, preenchimentos labiais, *botox*, silicones, prolongamentos de cílios, prolongamentos de unhas, entre outros. Portanto, esse movimento não se limita somente à questão do “estar saudável”, mas à construção de uma esfera imagética, cujo apelo visual e discursivo volta-se para a criação da estética corporal idealizada.

Trata-se de um processo que tem provocado efeitos devastadores tanto na objetividade quanto na própria subjetividade dos indivíduos. No tocante à primeira esfera, os sujeitos se veem instigados a seguirem padrões para obtenção de saúde e/ou de uma vida saudável.

No que se refere ao campo da subjetividade, a busca incessante pela “saúde” e pela eterna juventude pode se converter em perturbações e agravos, como ansiedade, terror e consulta de especialistas na busca de certeza de saúde que nenhum receituário pode dar (SILVA; GADEA, 2009). A associação entre saúde, beleza e vitalidade também tem estado relacionada aos transtornos no campo da saúde mental, destacando-se os transtornos da anorexia e bulimia. Além disso, a busca incessante por parâmetros estéticos é hoje considerada, segundo Ferreira (2015), um problema de saúde pública já que, atualmente, centenas de pessoas morrem ou sofrem algum agravo de saúde por conta de procedimentos estéticos, do uso (e efeito) dos anabolizantes, das dietas “malucas” etc.

Desse modo, constatamos diversas tensões conceituais e ideopolíticas que integra a busca do neoliberalismo por uma nova hegemonia, especialmente ao passar a ideia de que “cuidar do corpo” refere-se a um interesse de todos, passando os interesses privados a serem vistos como interesses públicos. Portanto, a política que tinha o papel de fazer a mediação entre público e privado, entre Estado e nação, passou a ser um apêndice da economia capitalista transnacional fornecendo as condições e “limando o caminho” para a economia se desenvolver.

Durante a pesquisa, entretanto, nos deparamos com a escassez de produções que nos respaldassem na abordagem dessa temática a partir da perspectiva de totalidade da vida social - na literatura, a maior parte das publicações acabavam remetendo a um tratamento pontual de facetas do fenômeno, trazendo consigo, de maneira geral, preocupações teóricas que, ainda que algumas numa perspectiva crítica, convergem para o específico, a imagem e o discurso (HEROLD JÚNIOR, 2008). Assim, acabam por gerar “a impossibilidade de elaborarmos uma análise que ambicione entender a temática com o intuito de uma compreensão e de uma crítica que contemple questões mais gerais” (HEROLD JÚNIOR, 2008, p. 3).

Desse modo, para aprofundamento do processo investigativo, tivemos como objetivos específicos: 1) Identificar os fundamentos sócio-históricos e ideopolíticos do processo de afirmação da “estetização da vida”; 2) analisar a construção do paradigma biomédico da saúde e suas ramificações: medicalização, farmacologização e estetização; 3) pesquisar nas diretrizes da política pública de saúde brasileira e nos dados estatísticos do mercado *fitness* os elementos da cultura liberal individualista responsáveis pelo fortalecimento da “estetização da vida”.

Para alcançar tais objetivos, realizamos um estudo a partir do método crítico dialético e de suas categorias: totalidade, contradição, mediação e historicidade, perspectiva de análise que permite aprofundar o conhecimento da realidade para além das primeiras aparências, levando em conta as contradições do real (SANTOS, 2002).

Nessa direção, associada à revisão bibliográfica e, como conjunto de procedimentos técnicos de coleta e análise de dados, adotamos a pesquisa documental. A revisão bibliográfica foi feita com base em autores que discutem os conceitos centrais de nosso estudo, dentre eles, elegemos o conceito de modernidade sólida e líquida de Bauman (2001); Promoção da Saúde (BUSS, 2009; CORREIA; MEDEIROS, 2014; COSTA, 2014; CZERESNIA, 2009; VASCONCELOS, 2013); Estetização da Saúde de

Ferreira (2015); Sociedade do Espetáculo de Debord (1997), sobre os quais evidenciaremos nos próximos capítulos.

Adotamos a pesquisa documental como instrumento pertinente para a coleta e análise dos dados (LIMA; MIOTO, 2007), por entender que os documentos possuem um valor fundamental para a pesquisa social, sendo uma “fonte que reúne as manifestações da vida social em seu conjunto e em cada um dos setores” (RICHARDSON, 2007, p.228). Como é característico desse tipo de pesquisa, nos debruçamos sobre material que ainda não havia sofrido processos analíticos ou que não tinham sido suficientemente apreciados (GIL, 2008).

Como fontes documentais foram selecionadas e analisadas: A PNPS (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 e a Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014); o Programa Academia da Saúde (Portaria nº. 719, de 7 de abril de 2011 e Portaria nº 2.681/2013); o Programa Academia da Cidade (Portaria nº. 122/2006, de 28 de setembro de 2006); o projeto Academia Recife; o Guia Alimentar para População Brasileira e as demais recomendações lançadas pelo MS, tais como: eu quero me exercitar; eu quero me alimentar melhor, eu quero ter peso saudável (BRASIL, 2017).

Como afirmam Prates e Prates (2009, p. 120) “o processo de análise [documental] pressupõe mais do que a simples ou mesmo complexa condensação de conteúdos”. Além disso, conforme Triviños (1987, p.162) cabe ao(a) pesquisador(a) deter sua atenção não apenas no conteúdo manifesto dos documentos, mas sim aprofundar sua análise buscando desvendar o conteúdo latente dos textos.

A pesquisa documental foi realizada seguindo as orientações de Severino (2016) que pontua elementos para a construção do desenho metodológico e a escolha dos procedimentos. Utilizamos as diretrizes de análise indicadas por Severino (2016, s/p), pois esse autor aponta “contribuições relevantes para a realização da análise e interpretação de textos, sejam eles documentos ou obras literárias”.

Nesse sentido, a partir dessa delimitação metodológica, organizamos nosso trabalho da seguinte forma: no primeiro capítulo, tratamos da passagem da modernidade sólida para modernidade líquida, a partir da análise de Bauman (2001) sobre as diversas modificações que ocorreram na ordem social que resultaram na realidade contemporânea. Na “modernidade sólida” há uma “solidez” e “fixação” das relações sociais; a “modernidade líquida”, por sua vez, é marcada pelo individualismo, pela fluidez, consumismo e a efemeridade das relações sociais. Esse período histórico tem se

manifestado sob várias formas na sociedade, inclusive, na relação dos sujeitos com sua própria “saúde” e o corpo. Com isso, veremos que a transição da “modernidade sólida” para “modernidade líquida” resultou num escapismo de caráter individualista que tem, na beleza corporal, uma meta a ser alcançada.

No segundo capítulo, trataremos da relação entre a “estetização da vida” e o ideário da “medicalização” e “farmacologização” da saúde, os quais têm suas raízes no modelo de saúde hegemônico biomédico. Illich (1975) em seus estudos sobre a “medicalização” traça uma forte crítica à medicina moderna, a partir da noção de “imperialismo médico” em todos os aspectos da vida. Além disso, o autor traz a ideia de *iatrogênese* do corpo, em que, segundo o analista, o maior agente patogênico se trata da busca do corpo sadio, no intuito de se obter “saúde”. Com isso, a saúde materializada no corpo se transformou num objeto de busca obsessiva para realização pessoal. Veremos também que o processo de “farmacologização” se referiu à transformação de condições humanas em questões farmacológicas que são passíveis de tratamento ou melhoria, processo em que tem resultado em altos níveis de lucratividade.

No terceiro capítulo discutiremos a tendência da “estetização da vida” na PNPS e nos programas e recomendações do MS. Veremos que essa tendência se expressa, sobretudo, ao colocar a busca por redução dos fatores de risco enquanto busca por certezas capazes de reduzir e/ou eliminar os sofrimentos biológicos e subjetivos; as saídas centradas no autocuidado; a aptidão enquanto elemento que proporciona melhores condições de vida; a ênfase no “empoderamento”; a articulação com o setor privado; a ênfase na cultura da alimentação e do corpo saudável.

A análise da política e dos programas e recomendações do MS, revelou diversas contradições, pois, ao mesmo tempo que possui tendências do ideário da “estetização da vida” ao focar no indivíduo enquanto responsável por sua conduta alimentar, abordar o peso corporal enquanto estratégia para se manter “saudável”, desconsiderando as condições de vida e trabalho; pode ser também considerado, por outro lado, materiais contra hegemônicos, na medida em que são alvos de ataques de grandes indústrias e do próprio Estado, por esbarrar nos interesses econômicos dos grandes conglomerados, em especial, da indústria alimentícia. No capítulo três, discorreremos também sobre a expansão do “mercado *fitness*” no Brasil, mercado que cresce exponencialmente e não arrefece nem mesmo em períodos de crises econômicas, nem sanitárias.

Destarte, longe de pretender esgotar esse tema tão amplo, em nossa análise, é sob a perspectiva da totalidade que poderemos analisar efetivamente o significado que essas questões relacionadas ao corpo e à “saúde” tem assumido no cenário coetâneo, visto que não é algo isolado, mas possui conexões com os processos societários. Através do presente trabalho, nossa pretensão foi somar forças às produções de caráter mais crítico, ao buscar apreender as contradições e as tendências da “estetização da vida” na política de saúde brasileira e a expansão do mercado *fitness* no Brasil.

Por fim, gostaríamos de destacar a relevância e pertinência do atual trabalho para o Serviço Social. Analisar sob a ótica da totalidade os fenômenos que atravessam o cotidiano dos sujeitos é de extrema importância para o Serviço Social e para o modo como a profissão “se relaciona com as várias dimensões da vida social” (IAMAMOTO, 2013, p. 27). Tais dimensões se refletem no trabalho dos assistentes sociais, ao se depararem com as mais diversas expressões da “questão social”, como os indivíduos experimentam no trabalho, na família, na saúde, na vida etc. Desse modo, visto que a “estetização da vida” se refere a um ideário emerso no cotidiano dos indivíduos, tendo o Estado um papel fundamental no processo de legitimação da hegemonia burguesa, a reflexão crítica sobre o ideário robustecerá o protagonismo intelectual, político e cultural do Serviço Social acerca da ofensiva capitalista em sua permanente busca por hegemonia e superlucros.

2. A PASSAGEM DA MODERNIDADE SÓLIDA PARA MODERNIDADE LÍQUIDA

O culto ao corpo, na análise de Luz (2003), é a marca registrada de um período em que ocorreu uma inflexão no discurso da modernidade. De maneira mais precisa, trata-se de um momento histórico inaugurado com a derrota das utopias que emergiram no ano de 1968 em boa parte do mundo.

Derrotada a utopia coletiva de 68, a preocupação individualista com a “saúde” e a imagem corporal transformaram-se em temas de interesse central da sociedade, passando a atingir, em intensidades distintas, o cotidiano dos indivíduos.

Dito de outra maneira, a partir das décadas de 1970 e 1980, as utopias coletivas refluíram para um escapismo de caráter individualista, que tem na beleza corporal uma meta a ser alcançada. Denominamos tal processo de regressão individualista que se refugia no corpo de “estetização da vida”.

Para análise dessa lógica da vida estetizada, em nossa perspectiva, é importante não perder de vista as modificações que ocorreram na ordem social, que resultaram na emergência da modernidade, a começar pela passagem do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista, com todo o conjunto de transformações econômico-materiais e ideopolíticas daí decorrentes. Encontram-se exatamente aí os fundamentos da racionalidade iluminista², base intelectual sem a qual o novo projeto de civilização assentado na modernidade não teria se desenvolvido.

O conceito modernidade é compreendido como ideia de rompimento com a tradição, ao expor algo novo, abissalmente diferente daquilo que até então existia no campo do pensamento. Assim, a modernidade não é definida através de um único evento histórico, mas sim por meio de variados processos que a constituíram.

Para tanto, uma pergunta fundamental é: o que define o projeto da modernidade? Quais são seus valores civilizatórios?

² O Iluminismo não pode ser descrito apenas como um breve período da humanidade, mas como o cume de um processo inserido na modernidade que vem à tona no século XVIII. Expressa uma série de lutas por meio da e pela liberdade de pensamento, contra o pensamento eclesiástico e a dominação das cortes (ISRAEL, 2009).

Na análise de Rouanet (1993), o advento do capitalismo mercantil, no século XVII e o alvorecer da visão científica do mundo, marcou o período de reconhecimento da centralidade do homem com o projeto civilizatório da modernidade. Esse projeto traz consigo a capacidade de superação dos costumes feudais e tem uma nova atitude perante o pensamento como uma potência capaz de romper os obstáculos até então impostos. Para isso, precisava-se de um ambiente de (relativa) liberdade.

O Iluminismo foi o projeto de civilização que reunia a condição necessária para manter o que existe de positivo na modernidade.

Enquanto construção o Iluminismo tem uma existência meramente conceitual: é a destilação teórica da corrente de ideias que floresceu no século XVIII em torno de filósofos enciclopedistas com Voltaire e Diderot, e de “herdeiros” dessa corrente, como o liberalismo e o socialismo, que, incorporando de modo seletivo certas categoria da Ilustração, levaram adiante a cruzada ilustrada pela emancipação humana (ROUANET, 1993, p. 13).

Rouanet (1993) seleciona a **Ilustração**, o **Liberalismo** e o **Socialismo** enquanto constelações históricas que julga decantarem as ideias iluministas. Essas experiências possuíam um modo de funcionamento baseado na **universalidade, individualidade e autonomia**, que serviram de preceito para o Iluminismo.

Em primeiro lugar, a **Ilustração** possui diversos aspectos importantes que contribuíram para as mudanças ocorridas no âmbito sociopolítico. Os homens ilustrados atacavam a monarquia e a Igreja Católica e defendiam o primado da razão, do progresso, da tolerância e do humanismo. Os homens que abdicavam da razão podiam ser considerados bárbaros porque estavam imbuídos de uma razão bárbara, movidos pela fé religiosa, mas “todos os homens podiam ser considerados bárbaros (...) [d]os “selvagens” da América” (ROUANET, 1993, p. 14) aos europeus. Assim, os homens eram considerados iguais, independentemente da cultura ou da raça.

O universalismo, por sua vez, teve força libertadora, ao reafirmar a igualdade de todos os seres diante da razão, transpondo para o terreno secular da luta filosófica e política a ideia religiosa de que todos são filhos de Deus e iguais diante do Criador, o que teve consequências explosivas (ROUANET, 1993, p. 15). Dentro do princípio da universalidade, há uma natureza humana igualmente universal, no sentido de que os homens têm uma estrutura passional idêntica, com afetos e interesses constantes, e uma razão uniforme, independente do lugar ou do tempo em que vivem.

O conceito de individualidade também foi importante na Ilustração. Nas sociedades tradicionais, o homem só existia como parte do seu clã, da sua comunidade,

da sua cidade, da sua nação. Tanto o cristianismo como a Reforma haviam contribuído para o processo de individualização no plano transcendente da relação do homem com Deus, mas somente com a Ilustração o homem se libertou definitivamente da sua matriz coletiva. Assim, o individualismo ilustrado gerou consequências importantes: o indivíduo passou a ter direitos e não só obrigações, entre esses direitos, avultava o direito à felicidade e à autorrealização (ROUANET, 1993). Os homens passaram a se colocar em posição de exterioridade em relação ao mundo social, o que lhes permitia serem observadores e juízes da sua própria sociedade.

Quanto à autonomia, os enciclopedistas a compreendiam de modo abrangente. A autonomia intelectual baseava-se em libertar a razão do preconceito, isto é, da opinião sem julgamento.

Em segundo lugar, no que se refere ao **Liberalismo**, este afirmava um ideal universalista e um foco individualizante que, por sua vez se voltava para capacidade dos indivíduos progredir, independentemente do sexo ou da raça (ROUANET, 1993). O liberalismo econômico pregava uma comunidade mundial interdependente, baseada na divisão internacional do trabalho. O liberalismo político, por sua vez, combatia o imperialismo, a imposição da vontade de um povo sobre o outro.

Quanto à individualidade, as sociedades liberal-democráticas concretizaram em grande parte o ideal individualista do enciclopedismo. Com o triunfo da burguesia, a individualidade deixou de ser um privilégio de classe e, com a propagação da ideologia liberal, a mobilidade social parecia um sonho passível de ser realizado (RONCAGLIO, 2019, p. 34).

A autonomia política nas sociedades liberal-democráticas foi a princípio restrita, tendo menos ênfase a democracia do que a garantia contra a ação arbitrária do Estado, ou seja, havia mais preocupação com o direito do cidadão de ir e vir, de expressar opiniões, de se associar com outros (RONCAGLIO, 2019). A autonomia econômica, por sua vez, na perspectiva liberal, pressupunha o livre exercício da atividade econômica. Os liberais contemporâneos da Revolução Industrial não ignoravam a extrema pobreza das classes trabalhadoras do início do século XIX, mas acreditavam que, se grande parte da massa de assalariados estava excluída do progresso econômico, a única saída seria eliminar todas as restrições à ação dos capitalistas e dos operários. O desenvolvimento da indústria, a livre concorrência e o próprio mercado regulariam as atividades econômicas e

permitiriam aumentos do salário real e melhores condições de vida para os operários (ROUANET, 1993, p. 25).

Em terceiro lugar, no que se refere ao **Socialismo**, tem-se que a universalidade não se coloca como uma categoria genérica, como definida pela Ilustração, nem é o elo estabelecido entre indivíduo e nação sob a égide de “nação livre” proposta pelo liberalismo, mas é uma universalidade mediada pela classe social (ROUANET, 1993). Para o marxismo, o homem tem uma natureza universal. Nesta perspectiva, o proletariado encarnava a classe universal, cujos interesses transcendiam as fronteiras nacionais, sendo sua missão “abolir sua própria condição de classe trabalhadora para assim abolir em geral a sociedade de classes, emancipando o gênero humano enquanto sujeito unitário da história” (ROUANET, 1993, p. 28).

Já a individualidade, ao contrário do que se poderia supor, era considerada importante para os principais socialistas. A crítica de Marx (*apud* Rounet, 1993, p. 28) ao “indivíduo egoísta” das declarações dos direitos humanos não envolve crítica ao conceito de indivíduo, mas sim a crítica à concepção de indivíduo que ignorava o fato de que sempre se está inserido num conjunto definido de relações sociais. Na sociedade capitalista, essas relações levavam ao declínio do indivíduo e à atrofia das suas potencialidades. Não se trata, portanto, de ignorar ou desfazer o indivíduo, mas sim de desfazer uma certa sociedade para emancipar o indivíduo.

Nesse sentido, conforme Rouanet (1993), o modelo civilizatório proposto pelo Iluminismo para a sociedade moderna (baseados na Ilustração, Liberalismo e Socialismo) fundava-se nesses três conceitos fundamentais: universalidade, individualidade e autonomia.

Assim, a universalidade visava atingir todos os homens, independentemente de barreiras nacionais, étnicas ou culturais. A individualidade considerava os seres humanos como pessoas concretas, e não como integrantes de uma coletividade, e estimula a crescente individualização. A autonomia baseava-se no princípio de que todos os indivíduos são aptos a pensar por si mesmos, sem a tutela da religião ou de uma ideologia, a agir no espaço público e pelo seu trabalho adquirir os bens e serviços necessários à sobrevivência material (ROUNET, 1993).

No entanto, desde o início do século XX, vários pensadores têm se referido ao mal-estar que o projeto da modernidade desencadeou. O projeto iluminista, calcado no tripé (universalidade, individualidade e autonomia) da civilização, prometia a

emancipação do homem, que, por não ter sido realizada, acabou desaguando num desconforto típico de promessas não realizadas.

Diante disto, o projeto da modernidade passou por transformações que se colocaram como objeto de reflexão de diversos pensadores, dentre eles, o sociólogo polonês Zigmunt Bauman (2001), com sua análise sobre a passagem da modernidade “sólida” para a modernidade “líquida” e os desdobramentos das “promessas não cumpridas” do projeto moderno.

Ao analisar a modernidade, Bauman (2001) a divide em dois momentos: o primeiro, definido como “modernidade sólida”, é caracterizado pela existência de “rigidez” e “fixação” das relações sociais; o segundo, nomeado como “modernidade líquida”, é marcado pela “fluidez” e “efemeridade” das relações sociais.

Para criar o conceito de “modernidade líquida” (ou leve), Bauman (2001) baseou-se na definição do início da era moderna caracterizada como “modernidade sólida” (ou pesada). A partir desta definição se faz necessário retomar o entendimento de que a modernidade ganhava espaço na medida em que destruía os antigos e, também, sólidos padrões e estilos de vida ainda ligados à Idade Média e construía os novos padrões compatíveis com o capitalismo. Dessa forma, as ideias tidas como “certas” e impostas até então passaram a ser questionadas e ganharam espaço.

A revolução industrial consolidou a chegada da modernidade ao implantar as grandes e pesadas fábricas do modo de produção capitalista. Bauman (2001) mostra como exemplo clássico da concretude da “modernidade sólida” a fábrica fordista: grande, volumosa, imponente, símbolo de poder e riqueza, na qual, o trabalho é rotinizado e executado mecanicamente, por partes - lugar em que conviviam capital, administração e trabalho, e juntos expressavam a forma máxima da empresa capitalista sólida.

Como exemplo dessa compreensão, Braga (2008) aponta que Gramsci, em seu importante ensaio “Americanismo e fordismo”, identifica sensivelmente a relação fordista para além da dimensão econômica, como esforço de produção de um novo homem inserido em uma “nova” sociedade capitalista, visto que a articulação entre consumo e produção em massa implicava o controle sobre o modo de vida e de consumo dos trabalhadores.

Na análise de Bauman (2001), as “três décadas gloriosas” que se seguiram ao final da Segunda Guerra Mundial representaram o crescimento sem precedentes, de estabelecimento da riqueza e segurança econômica do capitalismo. Esse período refere-

se ao “mundo fordista” em seu apogeu como modelo de industrialização, de acumulação e regulação.

O capital e o trabalho nas fábricas de estilo fordista caminhavam tão juntos, que eram interdependentes. Os investimentos nessas duas máximas eram feitos a partir do pensamento de longo prazo com garantia de estabilidade sólida.

No entanto, a (relativa) estabilidade e o crescimento socioeconômico proporcionados pelo fordismo nos países de capitalismo avançado perdurou do pós-Segunda Guerra Mundial até aproximadamente os primeiros anos da década de 1970, quando as incertezas começaram a surgir. A partir de então, conforme Harvey (2008), as economias desses países passaram a ser atravessadas por uma complexa metamorfose, a qual lança os fundamentos da ordem neoliberal consolidada.

A década de 1970, conforme Castelo (2013), se iniciou com o movimento que ficou conhecido como Maio de 68³, sobre o qual apontamos no início deste capítulo. No entanto, segundo o autor, esse movimento se estendeu pelo “outono quente” italiano de 1969 e terminou em 1980 com a eleição de Ronald Reagan para presidência dos Estados Unidos. É, pois, nesse período histórico que se configura a transição entre o bloco fordista-keynesiano e o neoliberalismo.

O analista aponta que Maio de 68 representou, dentro da esquerda, uma das operações fracassadas de criar uma unidade política e cultural entre igualdade e liberdade, com isso, “a fusão das ideias igualitária com os libertários foi tensa desde o início dos protestos” (CASTELO, 2013, p. 157). Nesse sentido, segundo o autor, a ausência de uma direção minimamente centralizada ajudou na fragmentação das lutas sociais, que acabaram por se enfraquecer e abrir espaço para ofensiva capitalista. Entretanto, Castelo (2013) alerta que “tachar os movimentos de 1968 de abre-alas para o neoliberalismo é afirmação polêmica” (p. 158). Porém, é preciso reconhecer que “todo movimento político que considera sacrossantas as liberdades individuais correm o risco de ser incorporado sob asas neoliberais” (Harvey, 2008 *apud* Castelo, 2013, p. 158). Essa é, portanto, a

³ Conforme Castelo (2013), um dos fatos marcantes de contestação da supremacia burguesa foi o Maio de 68. Os seus movimentos foram uma sucessão de protestos, greves, barricadas e rebeliões liderados por diferentes grupos subalternos nos quatro cantos do planeta. Os movimentos de Maio de 68 não dispunham de uma direção centralizada; na verdade eram formados por uma ampla gama de grupos revolucionários e libertários. Ou seja, dentro de uma imensa pluralidade, identificava-se um programa de transformação social composto de itens de todo o espectro político-cultural “o fim da alienação no trabalho e na vida cotidiana, da opressão de gênero e raça e da destruição do meio ambiente, a defesa da liberdade de expressão, de pensamento e de comportamento, o desarmamento nuclear, a libertação do Terceiro Mundo do jugo colonial e imperialista, os direitos humanos e muito mais” (p. 152-153).

coluna dorsal desta análise, pois é exatamente a partir desse período histórico que ocorre uma inflexão no discurso da modernidade e, com isso, um escapismo de caráter individualista em todos os aspectos da vida social.

Nesse sentido, os antigos valores do liberalismo como a liberdade, a autonomia do indivíduo e tolerância às minorias são repaginados nesse período histórico. Conforme Harvey (2008), a ofensiva neoliberal necessitava:

[...] da sustentação de uma estratégia prática que enfatizasse a **liberdade de escolha do consumidor** não só quanto aos produtos particulares, mas também quanto a **estilo de vida**, formas de expressão e uma ampla gama de práticas culturais. A neoliberalização precisava, política e economicamente, da construção de uma cultura populista neoliberal fundada no mercado que **promovesse o consumismo diferenciado e o libertarianismo individual** (p. 52-grifos nossos).

Tais medidas são, portanto, a “razão de ser” do neoliberalismo, ideário que surge para dar respostas à crise e gerenciá-la a partir das estruturas do Estado (MOTA, 2012). Na elucidação desse cenário, cabe destacar que a crise do capital da década de 1970 foi marcada por uma inflação crônica e pelo baixo crescimento econômico, dando origem a uma “onda longa dominada pela estagnação” (MANDEL, 1982, p. 349). Segundo Castelo (2013):

O projeto neoliberal tornou-se fundamentalmente uma realidade material por meio de vitórias eleitorais de candidaturas de representantes das alas mais retrógradas dos partidos conservadores. Seu sucesso adveio não de golpes ditatoriais em países dependentes, como ocorreu no Chile, mas sim de um consenso construído e moldado segundo a imagem e semelhança da burguesia rentista, com diferentes variações no país (p.229).

Nesse trilha, cabe destacar que as medidas do ideário neoliberal foram debatidas durante o Consenso de Washington⁴, realizado nos anos de 1989, e teve como origem o trabalho de John Williamson (WILLIAMSON, 2004 *apud* GONÇALVES, 2012). O Consenso é uma crítica ao pensamento e, principalmente, às experiências desenvolvimentistas na América Latina a partir de 1950 e apresenta diretrizes em relação às estratégias de desenvolvimento e políticas macroeconômicas que convergem com

⁴ Na análise de Batista (1995), o Consenso de Washington – ponto culminante das posições neoliberais – foi esclarecedor, pois, na intenção de discutir os problemas próprios da América Latina, o Consenso deixa claro que o objetivo principal dos norte-americanos era manter sua supremacia. A “(...) imprensa, por meio de editoriais ou de articulistas entusiastas do novo velho credo, colocaria na defensiva todos os que não se dispusessem a aderir à autodenominada “modernização pelo mercado”, qualificando-os automaticamente como retrógrados ou “dinossauro” (p.8).

interesses dominantes, expressos pelos governos dos Estados Unidos e principais países desenvolvidos (CASTELO, 2013).

Com isso, o Consenso apresenta como prescrições: evitar déficit nas finanças públicas; reorientar gastos públicos para saúde e educação básicas e infraestrutura; base fiscal ampla centrada dos impostos diretos; liberalização da moeda e das finanças; taxa de juros determinada pelo mercado; liberalização do comércio internacional; investimento estrangeiro direto sem restrições; privatizações; desregulamentação e direitos de propriedade irrestritos (GONÇALVES, 2012).

Na análise de Katz (2016) se trata de uma ideologia da dominação que propiciou a ampliação das desigualdades sociais através da subordinação da democracia à propriedade privada e do fortalecimento da supremacia irrestrita do mercado e de modalidades extremas competição, justificando-as com o discurso do caráter benéfico da ordem mercantil.

As ideias neoliberais, plenamente divulgadas – por intelectuais a serviço da classe dominante – proclama a liberdade do movimento mercantil como a única maneira de assegurar a liberdade individual. Outrossim, no bojo das transformações societárias, acontecem também modificações profundamente significativas no âmbito cultural, político, social e econômico.

O neoliberalismo, segundo Iamamoto (2007), pode ser conceituado como uma doutrina de dominação engendrada em benefício dos interesses do grande capital, notadamente o financeiro. Assim, enquanto doutrina econômica, seu “oráculo” é o mercado, que subordina não somente todos os atores econômicos de sua esfera, mas quase todas as demais dimensões da vida social, que têm sua reprodução e sua regulação determinadas pelos imperativos ditados pelo mercado que, por sua vez, rechaça qualquer intervenção que limite o seu funcionamento. Portanto, a liberdade de mercado constitui um valor fundamental no neoliberalismo.

Enquanto doutrina filosófica, esse ideário busca suas bases de fundamentação na filosofia moral, mais precisamente nas concepções de liberdade absoluta do homem e de sua predominância sobre a dimensão social e coletiva, engendrando um individualismo. No campo da política, tem como valor basilar a competição, tanto de indivíduos quanto de nações.

Ao retomar sua análise sobre projeto civilizatório da modernidade e os conceitos de universalidade, individualidade e autonomia, Rouanet (1993) destaca o “mal-estar”

que esses pressupostos desencadearam ao longo da história. A universalidade cedeu lugar à particularismos de todas as ordens que, muitas vezes, explodem em manifestações de intolerância e violência, ou mesmo em profundos conflitos étnicos e culturais. A individualidade degenerou sob a forma de hiperindividualismo, em que não há respeito ou solidariedade e a figura do outro aparece como indiferente, no caso da massificação, ou como ameaça, no caso da competição. E, finalmente, a autonomia parece ser a dimensão mais comprometida, seja pelos totalitarismos estatais, seja pelo totalitarismo do capital e dos mercados.

Desse modo, no bojo da reação do capital, com vistas a recuperar níveis anteriores de lucratividade e crescimento econômico, sobreveio um profundo processo de reestruturação da produção e de seu sistema ideológico e político de dominação, que ficou conhecido como “regime de acumulação flexível” (HARVEY, 2008, p. 140), que emergiu no final do século XX.

Nesse sentido, portanto, as reflexões de Rouanet (1993) sobre o mal-estar do projeto civilizatório da modernidade coadunam-se com as reflexões de Bauman (2001) sobre a modernidade em seu estado líquido-flexível, referente à fase que sucedeu a “modernidade pesada”. Ocorre, nesse contexto, o derretimento dos sólidos constituídos, e seu estado líquido passa a “inundar” as relações sociais, através da universalidade particularizada, a racionalidade embutida de preconceitos e a individualidade competitiva.

2.1.A “modernidade líquida” e a “sociedade do consumo”

Diante do movimento histórico ora apresentado, pode-se indagar como se desenvolvem as relações sociais na fase que Bauman (2001) caracteriza como “modernidade líquida”.

Sabe-se que os mecanismos de proliferação da cultura dominante contemporânea (líquida) traz para sua centralidade o individualismo como imperativo. Por consequência disso, o consumo se torna a forma privilegiada do “cuidar de si” individualista, sem a tutela do Estado já que essa função, em tempos neoliberais, não o caberia mais. O que restaria, portanto, seria a saída individual no “cuidado de si”.

Bauman (2001) ressalta que as relações modernas se individualizaram e, inclusive a política que tinha o papel de fazer a mediação entre público e privado, entre Estado e

nação, passa a ser um apêndice da economia capitalista transnacional, um meio de movimentação do capital, fornecendo as condições e “limando o caminho” para a economia se desenvolver. Para o pensador polonês, a Política Pública também se esvaziou de conteúdo público e da tarefa de cuidar dos interesses públicos, passando a cuidar dos interesses econômicos privados, numa clara concessão às pressões do capital.

Na “modernidade líquida”, o Estado que até então se configurava como protetor e fornecedor dos meios para a reprodução da sociedade, agora lava suas mãos para as “questões sociais” (BAUMAN, 2001) e políticas sociais. Essa situação altera um dos postulados fixos da “modernidade sólida”, isto é, de que o indivíduo estava vinculado ao nacional. Como resultado dessa ofensiva, o que se tem é a responsabilização dos sujeitos por sua condição de vida e o que resta é a procura por “soluções” que, geralmente, passam a se dar via mercado.

A economia e o capital, mais que quaisquer outras categorias da “sociedade líquida”, se extraterritorializaram e transnacionalizaram, assumindo as agências internacionais e empresas transnacionais domínio e influência, inclusive, sobre a cultura.

Na análise de Acanda (2006), a depender de seus interesses pela acumulação ou ampliação da taxa de lucro, o capital, através de seus mecanismos de consenso, acaba por gerar a aceitação social de seus interesses particulares. Assim, a cultura⁵ e o senso comum são, com isso, politicamente funcionais aos interesses das diferentes classes. O senso comum, segundo Wanderley (2012, p. 25), acaba por se constituir num instrumento de dominação da classe dominante, o qual expressa a consciência cotidiana que contém uma concepção de mundo ingênua, desagregada, desarticulada, dogmática e conservadora. Ou seja, o senso comum favorece a passividade e a aceitação da ordem social, o que dificulta uma “nova hegemonia revolucionária”.

Nesse sentido, as políticas sociais, em especial, na política de saúde, tem-se a diminuição do Estado e maximização do mercado. Logo, buscar saúde passou a ser responsabilidade dos indivíduos (através do mercado) e condição largamente aceita na cultura e no senso-comum contemporâneo. Assim, “a classe dominante é hegemônica porque controla a produção cultural [...], não podendo haver emancipação política, [...] sem que essas tenham alcançado emancipação cultural” (ACANDA, 2006, p. 205). O autor aponta, portanto, que hegemonia implica a conquista do consenso.

⁵ Concebida por Gramsci como o “modo de pensar” dos sujeitos (ACANDA, 2006).

Nesse processo, o conceito gramsciano de hegemonia permite apreender que nas sociedades de capitalismo avançado a luta por hegemonia não se trava apenas na instância econômica, mas também na esfera política e cultural (SIMIONATO, 2009). Assim, embora nasça da fábrica, a hegemonia implica a “transformação da objetividade burguesa em subjetividade” (SIMIONATO, 1998, p. 57).

Neste sentido, é importante considerar que, conforme Acanda (2006), a produção de mercadorias não significa tão-somente a criação de um objeto; mas, principalmente, a criação de um tipo específico de subjetividade humana, como premissa e resultado de sua existência. O autor sublinha que o mercado não é meramente compra e sim a generalização de um modo de representar sujeitos, processos e objetos regido pela lógica do fetichismo. Com isso:

A hegemonia da classe dominante só é alcançada quando se consegue estabelecer a necessária imbricação e pressuposição entre os processos de produção material da vida e os processos sociais de produção espiritual (ACANDA, 2006, p. 196).

Como aponta este autor, o poder se produz e reproduz no interior da vida cotidiana, num movimento molecular que atravessa as relações sociais, passando pelo âmbito familiar, escolar, artístico, moral, religioso, entre outros. Segundo o autor, para a classe dirigente exercer o poder, é preciso assumir o domínio da produção, difusão e aceitação de valores e normas de comportamento.

No cenário coetâneo, a mídia, a partir das mudanças socioculturais e das possibilidades propiciadas pelas novas tecnologias, tem tido um lugar essencial no processo de construção da hegemonia, conjugando um elemento formador de significados e sentidos da realidade vivida (SILVA; GADEA, 2009). Esta formação, todavia, não é neutra, pois, conforme Aliaga (2013), o conhecimento, o saber, assume explicitamente a sua característica de fatos e processos estritamente políticos, econômicos, culturais e ideológicos.

Desse modo, concebemos que os entendimentos sobre “saúde” e sua relação com o corpo que perpassam a sociedade atual são determinadas por diversas nuances em sua relação com a totalidade da vida social. Na análise de Baudrillard (2008, p. 168- grifos nossos), “[...] o estatuto do **corpo é um fato de cultura**. Ora, seja em que cultura for, o modo de organização da relação ao corpo reflete o modo de organização da relação às coisas e das relações sociais”.

A convergência identificada entre Bauman (2001) e Baudrillard (2008) corrobora para que estabeleçamos correlações de princípios similares que emergem no mesmo período – desde a passagem da “modernidade sólida” para “modernidade líquida” até a “sociedade do consumo” - e redefinem os padrões da sociedade, atribuindo parâmetros de beleza/estética, ou do que seja aceito e/ou não aceito, como premissas centrais na sociedade contemporânea.

A consolidação do ambiente líquido-moderno enfatiza a estética do consumo como o novo parâmetro de relações sociais. Assim, os próprios corpos humanos foram condicionados à lógica do capital, transformados em mercadorias vendáveis.

Conforme Rocha (2020), a imagem do “corpo ideal”, ou seja, a construção do valor estético do corpo forte, sem gordura, de musculatura definida, converteu-se no símbolo a ser atingido, uma mercadoria-signo possível de ser conquistada através do consumo.

Na análise de Luz (2003), o processo de busca pela “saúde”, via mercado, por sua vez, tanto alimenta quanto é resultado da expansão do enaltecimento da cultura dietética, desportiva, narcisista que configura uma lógica que traz a necessidade de se ter um corpo bonito e saudável como mandamento para todos os indivíduos. Com isso, o uso do discurso do estilo de vida saudável ganha cada vez mais destaque na cultura do consumo de “saúde” e é nesse contexto que a estética se miscigena na construção da percepção da saúde e do que é considerado saudável (VASCONCELOS, 2013).

A partir desse cenário, no qual, a modernidade se liquefaz, Bauman (2001) comenta sobre as características sólidas e líquidas:

[...] os líquidos, diferentemente dos sólidos, não mantêm sua forma com facilidade. Os fluídos, por assim dizer, não fixam o espaço nem prendem o tempo. Enquanto os sólidos têm dimensões espaciais claras, mas neutralizam o impacto e, portanto, diminuem a significação do tempo (resistem efetivamente a seu fluxo ou o tornam irrelevante), os fluídos não se atêm muito a qualquer forma e estão constantemente prontos (e propensos) a mudá-la; assim, para eles, o que conta é o tempo, mais do que o espaço que lhes toca ocupar; espaço que, afinal, preenchem apenas por um momento. Em certo sentido, os sólidos suprimem o tempo; para os líquidos, ao contrário, o tempo é o que importa (p.8).

Os entendimentos em torno da “saúde” e do “bem-estar” se tornam cada vez mais líquidos e seu fluxo está mais intenso. Apesar dos paradigmas tentarem conter sua força, percebe-se a inundação provocada pelas mudanças ocorridas na vida cotidiana. Conforme Bauman (2001), na “modernidade sólida” caracterizada pelo autor como “sociedade dos

produtores”, a “saúde” era um padrão que os membros queriam atingir. Por sua vez, na “modernidade líquida”, caracterizada como “sociedade dos consumidores”, o ideal se torna a busca pela “aptidão”, com um perfil determinado, o *fitness*. O sociólogo considera, assim, um equívoco da contemporaneidade considerar a busca por “saúde” e “aptidão” como sinônimos. No entanto, essa associação tem ‘inundado’ e se tornado cada vez mais frequente na vida social contemporânea.

2.2. A percepção sobre *saúde* na “sociedade dos produtores” e *aptidão* na “sociedade dos consumidores”

Na tentativa de diferenciar a busca por “saúde” e “aptidão”, Bauman (2001) afirma que, em primeiro lugar, a busca por “saúde” demarca e protege os limites entre “norma” e “anormalidade”. Para o autor, saúde refere-se ao:

[...] estado próprio e desejável do corpo e espírito humano [...] “Ser saudável” significa na maioria dos casos “ser empregável”: ser capaz de um bom desempenho na fábrica, de carregar o fardo com que o trabalho pode rotineiramente onerar a resistência física e psíquica do empregado (BAUMAN, 2001, p. 91).

Em segundo lugar, diferente da busca por saúde, a busca por “aptidão”, conforme o autor, é tudo menos sólido. Estar “apto” significa ter um corpo flexível e ajustável. Assim, a busca pela “aptidão” refere-se à certeza de não estar suficientemente apto e que sua procura deve ser constante. Dessa forma, a busca por “aptidão” tornou-se um estado de “auto-exame minucioso, auto-recriminação, auto-depreciação e ansiedade contínua” (BAUMAN, 2001, p. 93).

Para o analista, a busca por “saúde” acabou sendo cooptada pela ansiedade que a busca por “aptidão” causa na contemporaneidade⁶. Portanto, apesar de terem finalidades distintas, a busca por ambas foi associada e fadada à insatisfação permanente. Assim,

Na esteira dos ajustes recentes ao modelo de “aptidão”, o cuidado com a saúde se expande a tal ponto que [...] a própria busca da saúde tornou-se o fator patogênico mais importante (BAUMAN, 2001, p. 94).

⁶ Para explicar essa contradição, Bauman (2001) ressalta dois pontos relevantes. No primeiro, os estados do corpo sempre renovados tornam-se razões legítimas para intervenções médicas. No segundo, refere-se à ideia de “doença” cada vez mais confusa e nebulosa que ao invés de ser percebida como um evento excepcional com começo e fim, tende a ser vista como permanente companhia da saúde e “o cuidado com a saúde torna-se uma guerra permanente contra a doença” (p. 93). Assim, o “regime saudável de vida”, através da dieta saudável, por sua vez, mudam em menos tempo do que duram as dietas recomendadas sucessivamente, como por exemplo o alimento que se pensava benéfico para saúde e que é denunciado por seus efeitos prejudiciais.

Com isso, a transição da “sociedade dos produtores” para a nova configuração da sociedade – “sociedade dos consumidores” - apresentou mudanças nos desejos do indivíduo, inclusive na relação que os sujeitos passam a ter com a “saúde”.

O modelo de organização da “sociedade líquida” - de consumidores - emerge enquanto oposição ao período antecessor - da “sociedade dos produtores”. A organização dos processos sociais existentes na “modernidade sólida” estava pautada pela ética do trabalho, que garantia a formulação de um ambiente social de segurança, crença nas instituições, no Estado, no coletivo, no planejamento a longo prazo e no futuro, bem como na manutenção de vínculos interpessoais duradouros e no ímpeto pelo trabalho voltado para a ampla produção (BAUMAN, 2001). Com isso, a saúde era um padrão que todos queriam atingir a fim de ter um bom desempenho, sobretudo, no trabalho.

Nesse trilha, na “sociedade dos produtores”, consumir mercadorias pesadas e duráveis remetia à segurança contra as incertezas. Assim, a segurança era a maior posse dessa sociedade e o prazer de desfrutar era postergado, ou seja, não era imediato. Com isso, enquanto a “saúde que é uma condição ‘nem mais nem menos’, a aptidão está sempre aberta do lado do ‘mais’. [...] a aptidão diz respeito a quebrar todas as normas e superar todos os padrões” (Bauman, 2001, p. 92). Portanto, o corpo é guiado pela sua “experiência subjetiva” e não mais, exclusivamente, pela manutenção da saúde, ou seja, não basta ser normal, tem que estar apto para as mais variadas possibilidades de atingir o prazer corporal. O autor aponta que a busca pela “aptidão” tem um perfil determinado, o *fitness*.

Nesse sentido, na “sociedade do consumo”, a busca por “saúde”, enquanto sinônimo de busca por “aptidão” *fitness*, tem se tornado constante, uma vez que há sempre algo que precisa ser melhorado, descoberto, cuidado, tanto para quem produz quanto para quem consome.

É importante considerar que segundo Bauman (2008, p. 23), há de um lado, o fetichismo pela mercadoria que significava ocultar do olhar “a substância demasiado humana” do que era produzido pela “sociedade dos produtores”, e do outro lado, o fetichismo da subjetividade que tem o papel de escamotear a realidade da “sociedade dos consumidores”. Assim, na “sociedade dos consumidores”, seus membros são eles próprios mercadorias de consumo (BAUMAN, 2008, p. 76) e, acrescentaríamos, o próprio corpo dos sujeitos tem qualidade de mercadoria que os torna membros autênticos dessa sociedade.

A formatação da “sociedade dos consumidores” suscita uma condição na qual predominam o desapego, a versatilidade em meio à incerteza e a vanguarda constante de um eterno recomeço. Com isso, a vida de consumo não pode ser outra coisa senão uma vida de aprendizado rápido, mas também precisa ser uma vida de esquecimento veloz (BAUMAN, 2008, p. 124). Desse modo, muitas vezes, e não por acaso, esse contexto implica em sensação de inadequação, de deslocamento, de inconformidade, sobretudo na relação dos sujeitos com o seu corpo.

O entendimento das imbricações dos aspectos próprios da “modernidade líquida”, como a individualidade, a efemeridade e o narcisismo, acabam repercutindo e sendo expressos nas dimensões e composição da vida estetizada. O mercado de sedução do consumidor abre um leque de possibilidades para os sujeitos acreditarem na urgência em “cuidar de si” e adquirir determinado produto e/ou determinada forma física e estética.

Ademais, os mecanismos de expansão do crédito e o estímulo ao consumo consumptivo como ideia de participação da sociedade consolidaram a estética do consumo como pressuposto fundamental de vida, ou seja, “em lugar do cidadão formou-se um consumidor que aceita ser chamado de usuário” (SANTOS, 2007, p. 25).

Nessa direção, o “mercado *fitness*”⁷ começa a difundir a necessidade da “forma perfeita”, traduzida por regimes alimentares, cirurgias estéticas e prática de atividade física, entre outros (LUZ, 2003), e o consumo ganha adesão como meio de o sujeito possuir uma vida saudável.

Vale destacar que os discursos de se “obter saúde” tornaram-se uma espécie de obsessão generalizada na sociedade contemporânea (NOGUEIRA, 2011). Esse processo está relacionado às questões socioculturais, econômicas e políticas que norteiam a vida em sociedade e afetam nosso cotidiano, o que acaba por determinar nossos padrões de comportamento.

Assim, o que percebemos é que na sociedade contemporânea, tudo vira produto, inclusive o corpo, que passa a ser influenciados pelos ditames do mercado que impõe as regras da forma estética ideal e torna o padrão estético em padrão de consumo, de tal modo que o “corpo espetacular” passa a ser uma mercadoria, em que os consumidores podem “comprar” no momento que quiserem, num claro processo de espetacularização da imagem.

⁷ Trata-se de um ramo do mercado que vende produtos com propósito de se alcançar um corpo bonito, que acaba sendo assumido como um corpo saudável.

2.3. Entre a “sociedade dos consumidores” e a “sociedade do espetáculo”

Em meio a passagem da “modernidade sólida” para “modernidade líquida” e da ascensão do neoliberalismo, Debord (1997) lança sua análise e obra sobre *A sociedade do espetáculo*. Na década de 1960, Debord e os demais militantes políticos e culturais aglutinados em torno da Internacional Situacionista (IS)⁸ destacaram-se pela capacidade de influenciar um dos mais importantes movimentos sociais do século XX, que contou com a participação de milhões de estudantes e operários, o movimento de Maio de 1968⁹. Os situacionistas defendiam uma ação contra a alienação presente na vida cotidiana, e postularam que os estudantes e os trabalhadores deveriam retomar o controle sobre suas próprias vidas, através das ocupações nas escolas e fábricas e, com isso, exercerem o poder nessas instituições (IGNACIO, 2019).

Em 1988, Debord publicou os *Comentários sobre a Sociedade do Espetáculo*, sobre o qual reconheceu que, em vez de a “sociedade do espetáculo” ser destruída, ela se fortaleceu no período histórico posterior às lutas sociais de 1968. O pensador francês denunciou o poder que as imagens exercem na sociedade contemporânea, o quanto a produção de espetáculos tomou conta de toda a vida social, e o quanto o poder espetacular manifesta-se de forma integrada com a ascensão do neoliberalismo.

Nesse sentido, a ideologia do consumo emerge num contínuo processo de “economização da vida social” (SANTOS, 2007, p. 29), em que se identifica a degradação moral do **ser** em **ter**, e posteriormente, do **ter** em **parecer** (DEBORD, 1997), conforme comenta o autor:

O conceito de espetáculo unifica e explica uma grande diversidade de fenômenos aparentes. As suas diversidades e contrastes são aparências organizadas socialmente, que devem, elas próprias, serem reconhecidas na sua verdade geral. Considerado segundo os seus próprios termos, **o espetáculo é a**

⁸ De maneira sucinta a IS foi um grupo marxista de vanguarda formado em 1957. Seus membros enfatizavam a importância da vida cotidiana como uma esfera para a crítica e a intervenção. Inicialmente, os situacionistas promoveram produções estéticas que usavam como estratégias para abolir a distinção entre arte e vida. Mas, em 1962, a IS chamou a produção de arte de “anti-situacionista”, porque ela tendia a separar-se da atividade revolucionária. Segundo a definição do movimento, uma “situação” seria “um momento da vida, concreta ou deliberadamente construído pela organização coletiva do ambiente unitário e do livre jogo dos acontecimentos”. Um situacionista seria “aquele que se engaja nas construções de situações” (DIAS, 2017).

⁹ De modo geral, jovens de diversos países, influenciados pelo movimento estudantil francês e com motivações variadas, resolveram questionar as estruturas sociais em que viviam. Entre esses questionamentos estavam: a Guerra Fria, a bipolaridade política, as corridas armamentista, nuclear e espacial, o capitalismo e o processo de globalização do capital (IGNACIO, 2019).

afirmação da aparência e a afirmação de toda a simples aparência. Mas a crítica que atinge a verdade do espetáculo descobre-o como a negação do visível da vida; uma negação da vida que se tornou visível (DEBORD, 1997, tese 10, p. 16- grifos nossos).

Em termos sucintos, a questão central na análise de Debord (1997), está mais no sujeito “parecer ter” do que na antiga dualidade ter/ser, pois o “espetáculo” está atrelado a “imagem” que se apresenta socialmente e, acrescentaríamos, a imagem que é apresenta de si, do corpo. Desse modo, o processo identificado por Debord (1997), que define a sociedade do espetáculo na degradação moral do ser – ter – parecer, constata o surgimento da ideia do corpo como mercadoria vendável neste período. Portanto, para promover o corpo como mercadoria, é necessário que se invista num processo em que, muitas vezes, a aparência - de beleza e bem-estar - figure centralidade nas relações sociais mediatizadas por imagens, ainda que necessariamente não haja “saúde” ou “bem-estar” na essência desse corpo.

Na análise de Castro (2007, p. 27) “[...] o século XX tem sido marcado pelo desnudamento e flexibilidade cada vez maiores, a aparência física passa a depender cada vez mais do corpo e cuidar dele torna-se uma necessidade: o corpo é para ser mostrado”, esse processo definimos como **espetacularização da imagem**.

A análise de Debord (1997) acerca do consumo desinibido face à ascensão do que considera como “sociedade do espetáculo” traz importantes reflexões sobre a valorização da imagem - e do corpo - na contemporaneidade. Em sua análise, “o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediatizada por imagens” (DEBORD, 1997, tese 4, p. 14). Sendo assim, o espetáculo é o principal meio pelo qual os mecanismos de publicidade e propaganda constroem o cenário em que a aparência se torna o centro da vida social, ao passo que também há o movimento de negação do visível da vida, ou seja, a realidade em essência.

O objetivo da promoção da imagem do corpo enquanto mercadoria neste período da história se vincula diretamente às questões sociais, políticas, culturais e econômicas do atual modo de produção. Baudrillard (2008) aponta ainda que, para esta fase do modelo capitalista, é importante que haja a emancipação do corpo, assim como a libertação sexual, a fim de que participem da sociedade de consumo engajados narcisisticamente. A desconstrução acrítica do corpo neste contexto se insere enquanto estratégia **biopolítica** de cooptação ao consumismo, aprofundaremos sobre essa estratégia no item posterior. Por hora, cabe destacar que segundo Baudrillard (2008):

[...] O corpo ajuda a vender. A beleza ajuda a vender. O erotismo promove igualmente o mercado. E não é este o menor dos motivos que, em última instância, orientam todo o processo histórico de ‘libertação do corpo’. Com o corpo acontece a mesma coisa que com a força de trabalho. Importa que seja ‘libertado e emancipado’ de modo a ser racionalmente explorado para fins produtivistas. Assim como é necessário que atuem a livre determinação e o interesse pessoal – princípios formais da liberdade individual do trabalhador – para que a força de trabalho possa mudar-se em procura salarial e valor de troca, **também é preciso que o indivíduo consiga redescobrir o próprio corpo e reinvesti-lo narcisisticamente** princípio formal de prazer – a fim de a força do desejo se poder transformar em procura de objetos/signos manipuláveis racionalmente. Importa que o indivíduo se tome a si mesmo como objeto, como o mais belo dos objetos e como o material de troca mais precioso, para que, ao nível do corpo desconstruído, da sexualidade desconstruída, venha a instituir-se num processo econômico de rendibilidade (p. 177 – 178- grifos nossos).

A aparência do corpo padrão fomentado por meio da estética da beleza, trabalhado a partir dos exercícios físicos para estimular o prazer narcísico, se coloca em lugar privilegiado nas relações sociais da “sociedade do espetáculo”. Além de não sofrer constrangimentos, a imagem idealizada do corpo padrão é socialmente prestigiada e se insere no processo de rendibilidade econômica na medida em que é comercial, ou seja, impulsiona as vendas a ela associadas (BAUDRILLARD, 2008).

Associar a imagem corpórea a qualquer produto, de modo indubitável, implica agregar valor no produto/marca no exercício da publicidade como estratégia midiática. Observamos que, nos procedimentos de persuasão da técnica publicitária, a imagem corporal potencializa o produto/marca, diante da formatação de malhas (inter/trans)textuais. O corpo emerge como aspecto fecundo na publicidade contemporânea e torna-se objeto aglutinador de características identificatórias entre o público e o produto (GARCIA, 2005 *apud* ARAÚJO, 2008, p. 81).

Conforme destacamos anteriormente, os produtos associados ao apelo *fitness* foi identificado pela mídia como àqueles que contribuem para o consumo, com mensagens implícitas de que o sujeito chegará ao “padrão de corpo” caso consuma tais produtos.

Nesse sentido, a análise de Baudrillard (2008) sobre os mecanismos de libertação do corpo/libertação da sexualidade inseridas dentro do modo de produção capitalista é pertinente, pois nos faz refletir o papel do mercado e sua necessidade de vender, sob a “liberdade de escolha dos sujeitos”, o corpo considerado padrão, estabelecido por esse “mercado *fitness*”, sobre o qual aprofundaremos no capítulo posterior, como ideal a ser alcançado.

Em razão da ampla difusão da imagem do corpo padrão e todo o prestígio a ele associado na “sociedade do espetáculo”, torna-se anseio por parte de muitos sujeitos construir em si próprios os corpos idealizados que veem na mídia, na internet e nos mais diversos meios comunicacionais. Segundo Rocha (2020), o indivíduo, cooptado pelo arsenal imagético associado ao “corpo perfeito”, se motiva a modificar os estilos de vida (dietas alimentares e comportamento sedentário) e procura realizar exercícios físicos numa academia de musculação, seja ela pública ou privada. No entanto, a busca pode tornar-se frenética ao ponto de desenvolver sérios transtornos psíquicos, tais como a bulimia e anorexia, sobre os quais abordaremos nos próximos capítulos. No momento, cabe a seguinte reflexão:

Valoriza-se o corpo e a aparência individual cada vez mais amplamente, como resumo de tudo o que restou do ser humano e como único local onde se encontra a condição para a felicidade e a prosperidade. Ao mesmo tempo em que cresce o número de aparelhos, tratamentos e mercadorias voltadas aos cuidados e modificações do corpo e amplia-se a disseminação de padrões estéticos de beleza, cresce também o número de indivíduos insatisfeitos e preocupados com a própria imagem. Não obstante, apenas 8% da população mundial, masculina ou feminina, tem chances de apresentar um corpo compatível com aquele atualmente veiculado como ideal, como afirma o educador físico Henrique Luiz Monteiro, em pesquisa publicada no site da Universidade Estadual de São Paulo (TRINCA, 2006, p. 62).

O recorte de gênero, nessa “sociedade do consumo”, se mostra fundamental para compreender os impactos que a produção do consumo do imaginário estético idealizado exerce sobre os corpos femininos em comparação aos masculinos. Os mecanismos descritos por Baudrillard (2008), que resultam em rendibilidade econômica, demonstram que os movimentos que demandaram a libertação dos corpos das mulheres incidiram, de maneira ainda mais perversa, uma forma de controle e pressão para aderir ao consumo dos diversos produtos e serviços do universo *fitness*.

Más notícias nessa entrada do século XXI: as mulheres continuam submissas! De nada adiantou a propalada revolução sexual, a queima de sutiãs em praça pública, a difusão da pílula. [...] Trocamos a dominação de pais, maridos e patrões por outra, invisível e por isso mesmo mais perigosa. A dominação da mídia e da publicidade. É ruim e até pior, **pois diariamente enfrentamos a tarefa de ter de ser eternamente jovens, belas e sadias**. Não há prisão mais violenta do que aquela que não nos permite mudar. Que nos bombardeia com imagens de eterna juventude, nos doutrinando a negar as mudanças (DEL PRIORE, 2001 *apud* ARAÚJO, 2008, p. 240- grifos nossos).

Na análise de Rocha (2020), a cobrança pelo enquadramento aos padrões estéticos, crescente há décadas nos países ocidentais, se configura ainda cedo para as meninas e adolescentes e se estende à fase adulta afligindo a autoestima das mulheres.

De acordo com a pesquisa realizada pela Universidade de Harvard em dez países, a insatisfação com o próprio corpo revelou números surpreendentes. Mais de 90% das brasileiras pesquisadas se dizem descontentes com o que veem no espelho e apenas 1% estão satisfeitas com a aparência (TRINCA, 2006, p. 61).

Nesse sentido, portanto, os horizontes para a desejada emancipação humana não parecem tão luminosos quando se persiste nas diversas formas de dominação. As análises de Bauman (1998) sinalizam essa dificuldade em se constituir uma unidade nas relações sociais em sua diversidade. Vimos que os desconfortos gerados, no período em tela, evidenciaram a fragilidade para se lidar com tudo o que se manifesta fora dos domínios do “eu”, ou seja, do indivíduo. É, pois, nesse sentido que Bauman (1998) sugere a existência e reflexão acerca do “turista” e “vagabundo” na sociedade líquido-moderna, na medida em que, inclusive o corpo se configura, contemporaneamente, numa relação semelhante ao papel destes atores, seja pela constante mobilidade, seja pelo fetiche à mobilidade dentro do domínio do “eu” - do indivíduo.

2.3.1. O *turista x vagabundo* para além dos limites geográficos: a relação dos sujeitos com o corpo na sociedade dos consumidores e do espetáculo

Na análise de Bauman (1998) a oposição entre o “turista” e o “vagabundo” é a maior e principal divisão da sociedade no capitalismo em sua fase flexível, ou seja, trata-se de uma sociedade marcada por um tempo-espaço flexível em mutação constante em que a “habilidade de se mover” é um aspecto central.

O “turista”, para Bauman (1998), representa o exercício da liberdade sem limites e o ‘estar em trânsito’ no mundo a qualquer momento. Portanto, são àqueles que recusam qualquer forma de fixação, movimentam-se constantemente, saem e chegam em qualquer tempo e a qualquer espaço para realizarem seus sonhos, suas fantasias, suas necessidades de consumo e seu estilo de vida. Conforme o autor, a vontade do “turista” é maximizar suas sensações pelas diferentes experiências, aventuras, pelos territórios desconhecidos. A liberdade, segundo a percepção do “turista”, “não pode ser descrita como um *modus vivendi* o qual transita entre o erro e o acerto, o exercício (desmedido) de se sentir livre é pago – à vista” (AQUINO, 2014, p. 143). Com isso, a peculiaridade do “turista” é estar em movimento e consumir desmedidamente. Nas palavras de Bauman (1997):

[...] os turistas pagam por sua liberdade; o direito de não levar em conta os interesses e sentimentos nativos, o direito de fiar o seu próprio tecido de significados, obtêm-no em transação comercial. A liberdade vem por negócio contratual, o volume da liberdade só depende da capacidade de pagar [...] (p. 274-275).

O “vagabundo”, por sua vez, "são luas escuras que refletem o brilho de sóis brilhantes; são os restos do mundo que se dedicaram aos serviços dos turistas" (Bauman, 1998, p. 117). Isso quer dizer, portanto, que os “vagabundos” se movimentam porque estão sendo empurrados pela necessidade de sobrevivência, e mesmo assim existem severas restrições nos tempo-espacos em que eles perambulam. Com isso, seus sonhos e fantasias resumem-se às tarefas que os turistas rejeitam. Nesse sentido, segundo Bauman (1998),

Se os turistas se movem porque acham o mundo irresistivelmente atrativo, os vagabundos se movem porque acham o mundo insuportavelmente inóspito [...] os turistas viajam porque querem; os vagabundos, porque não têm nenhuma outra escolha” (p. 118).

Em outras palavras, o “vagabundo” não tem condição objetiva de estar em todos os lugares, de fruir sensações sem que haja qualquer espécie de compromisso local no momento de seu trânsito por determinado território. Trata-se de alguém que não pode participar desse jogo, cuja natureza é mercantil (BAUMAN, 1998). Paralelamente, o “turista” pode, a qualquer momento, fechar a sua residência e se aventurar em sensações novas e desconhecidas. Conforme o analista, a viagem do “turista” é temporária, planejada com início e fim. No seu retorno, basta destravar as fechaduras de sua morada, nesse momento, considerada como espaço sagrado. O “vagabundo”, ao contrário, é, segundo o pensamento de Bauman (1997, p. 274), “[...] peregrino sem destino; nômade sem itinerário”. Ou seja, enquanto o “turista” tranca as fechaduras, aciona os alarmes, pelo lado de fora a fim de exercitar sua liberdade desmedida; o “vagabundo” sequer consegue abrir as fechaduras de sua residência para sair ao mundo (AQUINO, 2014).

Em resumo, o “turista” é aquele que não tem “fixação”. Trata-se, na verdade, de uma condição imposta a todos na contemporaneidade, pois mesmo que o sujeito não tenha condições objetivas de se tornar um “turista”, há uma exposição aos estímulos ao “estilo turista de ser”. É nesse sentido, pois, que nasce o “vagabundo” que se refere àquele sujeito exposto aos estímulos e que incorporam os valores culturais do “turista” que impedem a fixidez. Porém, o “vagabundo” não tem condições objetivas para sua realização, estes conforme Bauman (1998), são *alter ego* dos turistas, pois, escancaram àquilo que os

“turistas” podem se tornar. Assim, “os vagabundos são a caricatura que revela a fealdade escondida sob a beleza da maquiagem” (p. 119).

Vale destacar que o significado da dicotomia “turista x vagabundo” vai além de uma questão meramente de mobilidade geográfica, esses termos partem também da reflexão de Bauman (1998) sobre o fetiche pela mercadoria. Assim, o consumo atrelado ao componente estético tem suas raízes naquilo que o “turista” se propõe a cada nova viagem que é “lançar um olhar estético [...] para o mundo” (LIPOVETSKY; SERROY, 2015, p. 31). E, aqui, acrescentamos que as relações que os sujeitos vem desenvolvendo com o próprio corpo, na contemporaneidade, se assemelha ao olhar do “turista” em suas andanças, ou seja, há um olhar turístico-estetizado que remete à necessidade de mudança, de mobilidade, do novo, que se constitui num vetor extremamente importante para afirmação identitária dos indivíduos a partir do ideário de corpo estetizado e espetacularizado na sociedade líquido-moderna.

A busca desenfreada por novidades sobre o corpo e por padrão estético ideal fez emergir, segundo Lipovetsky e Serroy (2015), o indivíduo “reflexivo, eclético e nômade” (p. 31), portanto, o sujeito menos conformista que se mostra um “drogado do consumo, obcecado pelo descartável, pela celeridade, pelos divertimentos fáceis” (p.31). Este seria, portanto, o papel do “turista” e “vagabundo” do corpo, ou seja, sujeitos cada vez mais expostos ao estímulo “turista de ser” e que, ao não conseguir desempenhar esse papel de constante mudança, se torna, no mínimo, menos conformista e, portanto, um “vagabundo” em busca de experiências turísticas sobre o próprio corpo.

Desse modo, é preciso considerar o caráter econômico, político, social e cultural do capitalismo em sua fase flexível. Essa nova fase repousa nas tecnologias de comunicação, no marketing, na indústria cultural, ou seja, a prioridade não se volta apenas para fabricação material de produtos, mas também para criação de imagens, de lazeres, de espetáculos. Segundo Lipovetsky e Serroy (2015, p. 65) “o mercado da experiência aparece como nova fronteira do capitalismo”. Assim, o objetivo é divertir e atrair cada vez mais consumidores, em especial, do corpo estetizado e espetacularizado. Tais consumidores, assim como os “turistas” e o “vagabundo”, buscam por sensações imediatas, novidades, divertimento, realização de si, o que os diferenciam, entretanto, é a condição objetiva para sua plena realização.

O constante movimento- a mobilidade e mudança - dos “turistas”, assim como do corpo, traz consigo a ideia contraditória de pertencimento e não pertencimento às suas

realizações, de constante busca, a fim de se sentirem pertencentes ao que foi definido como padrão.

Na “modernidade líquida” os padrões de consumo são alterados constantemente e, em pouco tempo se modificam, passando os sujeitos a se sentirem “vagabundos” do seu próprio corpo. Essa é, portanto, a engrenagem da vida estetizada e espetacularizada na sua fase líquido-moderna, em que se tornar “turistas” e/ou “vagabundos” do corpo depende – diretamente - dos padrões estabelecidos e das condições objetivas para sua realização, sendo, essa “realização turística”, alimentada pela busca constante do corpo padrão, da beleza, da juventude, do vigor, entre outros.

Nesse sentido, portanto, o “turista” e o “vagabundo” de seu próprio corpo tem buscado, além das modificações e mobilidade do seu corpo, por construções de disciplinas corporais e mudanças físicas impulsionadas pelos discursos da “saúde” e da estética.

2.4. A biopolítica e o disciplinamento dos corpos

A “modernidade líquida” possibilitou não somente transformações marcantes nas relações sociais, como também transformações de como o ser humano lida com seu corpo “[...] O corpo é ‘mutável e mutante’ não apenas pelos fatores fisiológicos que sobre ele se operam, mas também pelos fatores sociais e culturais que a ele se atribui” (ARAÚJO, 2008, p. 22).

Conforme vimos no início deste capítulo, o estatuto do corpo é também um fato de cultura e a estética do consumo, que pauta a “modernidade líquida” e a “sociedade de consumidores”, emerge em oposição ao mundo sólido da “sociedade de produtores”. Na “modernidade líquida”, a busca desenfreada pela felicidade obtida no consumo imediato se torna regra, sobretudo, em virtude da rápida e programada obsolescência dos objetos (BAUMAN, 2008).

Ao analisar a contemporaneidade, Bauman (2005) aponta que se vive um ritmo vertiginoso de renovação que envelhece os objetos mesmo antes deles saírem da fábrica, ou seja, tudo tem data de validade fixada. E isso vale tanto para os objetos como para um movimento cultural, uma obra de arte, uma relação comercial, relação afetiva, e acrescentamos, que o próprio corpo do sujeito também possui essa ‘data de validade’.

O ritmo vertiginoso da mudança desvaloriza tudo o que possa ser desejável e desejado hoje, assinalando-o desde o início como o lixo de amanhã, enquanto o medo do próprio desgaste que emerge da experiência existencial do ritmo estonteante da mudança instiga os desejos a serem mais ávidos, e a mudança, mais rapidamente desejada (BAUMAN, 2005, p.135).

Segundo o teórico, usamos os mais variados recursos para acelerar as satisfações das necessidades. No entanto, essas necessidades são aquelas criadas pelo capital e são renovadas no mesmo ritmo em que são satisfeitas. Quando os nascimentos de desejos são abreviados, e o tempo até sua satisfação também se torna mais curto, o resultado é que “abreviam o tempo de vida dos objetos de desejo, ao mesmo tempo que suavizam e aceleram sua viagem em direção à pilha de lixo”. (BAUMAN, 2005, p.137). Nesse caso, como aponta Gambaro (2020), “o fútil e o funcional se confundem: o design passa a ditar as regras de construção dos objetos, a moda torna-se um elemento fundamental, e o supérfluo ganha *status* de primeira necessidade” (p. 25).

As academias de ginástica e musculação, bem como os diversos nichos do “mercado *fitness*”, na qualidade de objetos técnicos e obsoletos, influenciam a regulação dos comportamentos sociais, sobretudo, para fins estéticos de promoção/aceitação social. Assim, o que se percebe é a construção de diversas disciplinas corporais para àqueles que desejam, de certo modo, ver em seus corpos as mudanças físicas impulsionadas pelos discursos da vida estetizada e espetacularizada. Conforme Rocha (2020),

A **disciplina** é sempre uma palavra de ordem para quem se sente induzido a seguir este modo de vida, seja pelo reconhecimento de modificar seus hábitos em função de uma vida mais saudável, seja pela necessidade atribuída por um padrão normativo da estética corporal (p.217).

Nesse sentido, tem chamado atenção o modo como a necessidade de disciplinar o corpo vem crescendo, tanto por meio da prática de atividade física, em especial através de musculação, como também a informação difusa na sociedade sobre meios de como prolongar a vida pelo consumo de alimentos saudáveis, atividades de musculação, e as formas cada vez mais preventivas de se proteger de doenças, entre outros.

Tais aspectos dos modos de prevenção e cuidado de si, são difundidos, apoiados e reproduzidos pelo Estado (através de políticas públicas e/ou recomendações), pelos discursos médicos e pelas empresas – sobretudo aquelas voltadas para o “mercado *fitness*”.

É assim que Foucault (1999) considera que há “nova mecânica do poder”, uma vez que a ascensão de mecanismos disciplinares serviu como meio do soberano exercer o poder sobre a população a partir do controle e vigilância dos corpos.

A biopolítica é entendida, na perspectiva de Foucault (1999), como um dispositivo, ou seja, conjunto de estratégias de governo dos corpos associados aos mecanismos de poder e à normatização de práticas ligadas ao cotidiano, à higiene, à alimentação e à saúde com vistas ao prolongamento da vida, do controle populacional e ao aumento da capacidade de força produtiva.

[...] o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1999, p. 80).

De modo geral, essas são formulações teóricas que envolvem, de um lado, a manutenção física do corpo humano como sendo parte também de estratégias biopolíticas de exercício do poder, e de outro lado, a manutenção física do corpo como forma de interesse da variação e circulação de capital, segundo Harvey (2005):

[...] O capital se empenha continuamente em moldar os corpos de acordo com seus próprios requisitos, ao mesmo tempo que internaliza em seu *modus operandi* efeitos de desejos corporais, vontades, necessidade e relações sociais em mudança e interminavelmente inacabados (por vezes expressos abertamente como lutas coletivas fundadas na classe, na comunidade ou na identidade) da parte do trabalhador. Esse processo molda muitas facetas da vida social, como ‘opções’ em termos de sexualidade e de reprodução biológica ou de cultura e modos de vida, ainda que essas ‘opções’ (caso o sejam de fato) sejam plasmadas de modo mais geral pela ordem social e por seus códigos legais, sociais e políticos, bem como por suas práticas disciplinares (incluindo as que regulam a sexualidade) (HARVEY, 2005, p. 157).

Nesse sentido, não há como dissociar a análise sobre o corpo na modernidade com aspectos mais amplos do modelo produtivo atual, uma vez que as configurações do corpo é uma construção não somente política, mas social, econômica e cultural, resultado de aspectos mais amplos que constituem a sociedade capitalista.

Com isso, a disciplina se torna um aspecto fundamental para a biopolítica voltada para os cuidados de si, assim como para construção do “corpo perfeito”. Vale destacar que a constituição ou manutenção da “saúde” se enquadra também nesta estratégia, e é por isso que no próximo capítulo iremos aprofundar os aspectos que constituem e

embasam nossa formação cultural, no que se refere ao entendimento sobre “saúde”, que tem suas raízes no modelo de saúde hegemônico: o biomédico.

3. O PARADGMA DE SAÚDE HEGEMÔNICO NA CONTEMPORANEIDADE: o modelo biomédico de atenção à saúde

O modelo médico assistencial privatista, ou biomédico, tem seu referencial sistematizado no documento elaborado nos EUA, o Relatório Flexner, de 1910, o qual surge como uma reavaliação das bases científicas da medicina, resultando na redefinição do ensino e da prática a partir de princípios de ordem tecnológica (VASCONCELOS, 2014). Desse modo, com base no conhecimento experimental, advindo de pesquisas realizadas geralmente com doenças infecciosas, segundo Vasconcelos (2014), o modelo flexneriano enfatiza a separação entre individual e coletivo, privado e público, curativo e preventivo, ou seja, esse documento “influencia a estrutura interna da produção de serviços sanitários, a formação do pessoal de saúde, além das concepções em geral sobre saúde” (p. 49-50), levando a uma nova forma de organização do processo de trabalho em saúde. Com isso, as características dessa nova forma de pensar a saúde são:

1. O mecanicismo, em que o corpo humano é visto como uma máquina;
2. O biologismo, que pressupõe o reconhecimento da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências, criando a concepção de “história natural” da doença;
3. O individualismo, no qual o indivíduo passa a ser objeto da medicina;
4. A tecnificação do ato médico, que gerou a necessidade de técnicas e equipamentos para investigação diagnóstica e o desenvolvimento da engenharia biomédica para a terapêutica.

Essa estruturação gerou a (re)organização de um processo de trabalho em saúde focado na atenção individual/curativa, sendo o médico o sujeito central que decide desde o diagnóstico até a delegação de tarefas aos outros profissionais (VASCONCELOS, 2014). Tal modelo conhecido como “procedimento-centrado” foca nos procedimentos, sendo as necessidades dos usuários deixadas em segundo plano.

Por outro lado, entretanto, autores como Filho (2010) ressalta que é preciso reconhecer Flexner, e aponta que o que se apresenta como ‘modelo biomédico flexneriano’, nas produções científicas do Brasil, não corresponde ao que Flexner pensou e escreveu. Numa tentativa de desmistificar os mitos em torno do pensamento de Flexner, Filho (2010) ressalta alguns pontos, do Relatório Flexneriano, que foi largamente difundido no Brasil e que, segundo o autor, não condiz com o seu pensamento.

Em primeiro lugar, as produções mais críticas no Brasil apontam que Flexner tinha uma visão exclusivamente biológica e mecanicista, Filho (2010), na tentativa de desmitificar diz que Flexner “[se] refere às ciências básicas (Física, Química e Biologia) como mínimo necessário, muito longe de ser suficiente, para uma boa prática médica” (p. 2243) e que, portanto, o relatório apontava a necessidade da experiência cultural dos médicos. Em segundo lugar, as produções brasileiras, ao apontar a visão tecnologicada e empiricista de Flexner, segundo Filho (2010), não condiz com sua real preocupação que era a necessidade de a medicina não lidar apenas com certezas, mas com pressupostos, probabilidade e teorias, diferente do que o empirismo propõe. Com isso, a “medicina distancia-se do empirismo ao reconhecer a “qualidade lógica” do seu objeto de conhecimento e de prática” (p. 2244). Em terceiro lugar, as análises críticas têm enfatizado a questão de medicina curativa e individual, porém, segundo Filho (2010), o relatório aponta “a necessidade de formação nas humanidades, na cultura, enfim uma educação geral para os médicos, antes mesmo da formação nas ciências básicas da saúde” (p. 2245). Desse modo, segundo o analista, associar o modelo Flexneriano ao modelo biomédico, taxando-o de “modelo biomédico flexneriano”, deixa de considerar, ou o faz de modo distorcido, alguns dos elementos que de fato têm importância para o entendimento do papel histórico de Flexner (FILHO, 2010, p. 2248).

Apesar da tentativa de desmistificar o pensamento hegemônico em torno do legado de Flexner, no que se refere as bases científicas da medicina, autoras mais críticas como Vasconcelos e Schmaller (2011) apontam que no modelo biomédico, que assenta suas raízes no relatório de Flexner, a atenção à saúde se confunde com a produção de consultas e exames, sendo o seu horizonte principal a realização dos interesses de ampliação e acumulação capitalista (VASCONCELOS, 2014).

Com isso, a partir da racionalidade biomédica¹⁰, diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital passaram a incidir sobre o setor saúde, desde incentivos à expansão dos serviços privados de saúde até a ampliação da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares. É, nesse cenário, que Vasconcelos e Schmaller (2011) apontam a conexão existente entre a mundialização do capital e a relevância dos serviços de saúde com ramos que engendram altos níveis de lucratividade.

Trata-se, portanto, de um modelo que vem conformando os sistemas de saúde mundial, conectando-o, sobretudo, aos interesses do capital, por valorizar o ato médico, centrado no indivíduo, na técnica e na cura. Assim, diversos fenômenos contemporâneos estão imbricados a esse entendimento de saúde, tais como: a medicalização, a farmacologização e a estetização.

3.1. A “medicalização” e “farmacologização” da saúde

O termo “medicalização” tem seu nascedouro na década de 1950, quando houve um crescente interesse por parte de pesquisadores da área médica e das ciências humanas em relação aos temas ligados à saúde. Nesse período, começaram a surgir vários estudos sobre os efeitos do saber médico na sociedade.

As reflexões realizadas por Ivan Illich (1975), em sua conhecida obra *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina*, lançam uma forte crítica à medicina moderna e abordam o processo de “medicalização” a partir da noção de “imperialismo médico”, termo usado pelo autor para se referir ao processo de supervisão médica em todos os aspectos da vida.

Segundo Illich (1975), a medicina institucionalizada representava uma ameaça à saúde. Nesse sentido, o autor faz uso da noção de *iatrogênese*¹¹ – “*iatros* (médico) e *gênese* (origem)” (p.23) – para falar da nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. É, então, a partir da noção de contraprodutividade¹² que Illich (1975) descreve

¹⁰ Desde seu surgimento, diversas críticas têm sido direcionadas à racionalidade biomédica, dentre elas, a necessidade de tirar o foco do indivíduo e pensar em ações mais amplas. No entanto, trata-se de um debate amplo que foge do escopo deste trabalho. Para maior aprofundamento, ler Vasconcelos (2013;2014).

¹¹ Conforme Tabet *et al* (2017), uma doença iatrogênica é aquela que não existia antes do tratamento médico aplicado, ou seja, é provocada pela própria ação da medicina.

¹² Uma contraprodutividade constitui-se quando uma instituição produz mais barreiras à realização de seu objetivo do que facilidades, o que determina uma duplicação dos esforços. Nos EUA, o conglomerado de saúde – incluindo médicos, hospitais, indústria farmacêutica e um leque de outras instituições – é o mais importante setor econômico imediatamente depois da indústria de guerra. Quando a medicina se torna tão

o sistema médico como algo paradoxal, pois, se de um lado, foi criado para proteger a saúde; de outro lado, produzia aquilo que procurava combater - a doença. Assim, para tratar desse paradoxo, o autor aponta que a *iatrogênese* ocorre em três níveis: clínica, social e estrutural.

A *iatrogênese* clínica caracteriza-se pela produção de doenças causadas pelos próprios cuidados na saúde, tais como: os efeitos secundários não desejados dos medicamentos, intervenções cirúrgicas “inúteis”, produção de traumatismos psicológicos, negligência, entre outros (Illich, 1975, p. 24). Ou seja, a ação puramente técnica da medicina não levava em consideração os sujeitos e suas vontades.

O segundo nível refere-se à *iatrogênese* social. Trata-se, portanto, do efeito social não desejado do impacto da medicina, ou seja, a crescente dependência da população às suas prescrições. Illich (1975, p. 31) descreve três formas de *iatrogênese* social:

1. A medicalização do orçamento: acreditava-se que quanto mais se gastava com produtos médico-farmacêuticos, maior era o grau de saúde da população. No entanto, o nível de saúde não melhorava apesar dos aumentos das despesas médicas em hospitais;
2. A invasão farmacêutica: o médico pesquisa a eficácia do ato técnico medicamentoso sobre o sujeito doente e este submete seu organismo a uma regulamentação heterônima, tornando-o paciente;
3. O controle social pelo diagnóstico: há uma espécie de “etiquetagem” iatrogênica das diferentes idades da vida humana, em que os sujeitos aceitam como “natural” a necessidade de cuidados médicos de rotina pelo fato de serem gestantes, recém-nascidas, crianças ou idosas. Ou seja, a vida deixa de ser uma sucessão de diferentes formas de saúde, de ser e estar no mundo, e se torna “uma sequência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico” (p.56). Com isso, o processo “natural” da vida, passa a adquirir intervenções médicas.

importante, as pessoas são envolvidas em seus rituais, do nascimento à morte. Essa perda de autonomia é, ainda, reforçada pela política da saúde, que coloca os cuidados médicos antes de outras opções de cuidado, que poderiam permitir maior autonomia individual. Nos países de mercado livre, a produção de medicamentos e de serviços médicos enriquece os produtores; a medicina é cara e, muitas vezes, ruim; a distribuição de medicamentos e o acesso aos serviços médicos se fazem de maneira desigual e arbitrária (ILLICH, 1975).

O terceiro nível refere-se à *iatrogênese* estrutural (cultural). Segundo Illich (1975, p, 104), isso ocorre porque a medicina moderna retirou do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transformou a dor em problema técnico. Desse modo, a forma autônoma dos sujeitos enfrentarem a enfermidade, a dor e a morte foi destruída culturalmente. O autor chama atenção, inclusive, para as regras criadas pela higiene¹³, que substituiu a “ação autônoma” para lidar com a precariedade da vida pela obediência às instruções que emanam de profissionais terapeutas que ditam formas corretas de dormir, amar, divertir-se, sofrer, comer e morrer (Illich, 1975, p. 102). Portanto, as ações e intervenções médicas penetram os aspectos mais íntimos, subjetivos e particulares da vida.

Os próprios espaços privados das pessoas são capturados pelo ato médico. Ou seja, a “medicalização” invade áreas que outrora o indivíduo podia reservar-se como: os espaços de autonomia, o erotismo, o ócio (IAMAMOTO, 2007) e o próprio corpo.

Foi assim que, segundo Nogueira (2003), doze anos após seus estudos críticos, Illich (1992) passou a elencar outros agentes patogênicos, que culminaram em sua segunda crítica à saúde, tendo o foco se deslocado dos médicos para as grandes indústrias e os meios de comunicação. Nos anos 1980, Illich (1992) referiu-se a um outro nível de *iatrogênese*, a *iatrogênese* do corpo. Para o autor, o maior agente patogênico refere-se à busca do corpo sadio, no intuito de se obter “saúde”:

A medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde. Ouvindo isto hoje [doze anos depois], eu responderia: e daí? O maior agente patógeno de hoje, acho eu, é a busca de um corpo sadio (ILLICH, 1992, p. 24).

Em outras palavras, a saúde materializada no corpo se transformou num objeto de busca obsessiva para realização pessoal. Com isso, o entendimento sobre saúde passa a ter duas vias: uma que se mantém pelo domínio dos profissionais, e outra que também se dá pelo acesso à cultura do corpo (ILLICH, 1992), cada vez mais influente.

Deste modo, um dos desafios que a “medicalização” nos lança é “examinar em casos concretos como se dá a (re)construção ou expansão de categorias diagnósticas,

¹³ As culturas tradicionais retiram sua função higiênica precisamente da capacidade de sustentar cada homem confrontado com a dor, a doença e a morte dando-lhe sentido e organizando sua execução por ele mesmo ou pelos que o cercam mais de perto. A higiene tradicional é constituída prioritariamente de regras para comer, dormir, amar, divertir-se, cantar, sofrer e morrer. Sem dúvida, a superstição faz parte dessas regras, mas, na maioria dos casos, mesmo o ato de exorcismo e de magia é consumado neste quadro com uma forma de produção descentralizada e autônoma (ILLICH, 1975, p. 102)

explicitando os processos subjacentes e expondo a contribuição de interesses desconectados ou mesmo contrários ao bem-estar das populações” (CAMARGO Jr, 2013, p.2). Isso porque, “a extensão de possibilidades de intervenção a serviço de interesses econômicos descompromissados com os propósitos éticos associados à lógica da saúde é crescente” (Id. Ibid., p.2). Com isso, as questões humanas (reprodução, obesidade, beleza, entre outros) passam por um processo de patologização em que para cada mal há um remédio.

É, neste sentido, portanto, que analistas apontam a necessidade de pensar no processo de “farmacologização¹⁴”, uma vez que há evidências crescentes de que os aspectos comerciais da medicina, especialmente a indústria farmacêutica, são cada vez mais importantes na formatação e na disseminação da “solução”, da “cura” para todo e qualquer “mal”.

Além disso, a necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica e para a terapêutica desenvolveu a engenharia biomédica e gerou muitas expectativas da população quanto à possibilidade de a medicina produzir melhorias na qualidade de vida. Com isso, definem-se, por razões ideológicas e econômicas, parâmetros de qualidade baseados no grau de incorporação tecnológica da prática médica, sem correlação com a capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças. Assim, segundo Camargo Jr (2013), acredita-se que quanto mais equipamentos sofisticados utilizados e opções medicamentosas, melhor seria o ato médico resultante.

Nesse sentido, o processo de “farmacologização” refere-se à transformação de condições humanas em questões farmacológicas passíveis de tratamento ou melhoria. Camargo Jr (2013) diz que vivenciamos, na contemporaneidade, uma espécie de “tirania da saúde”, que abrange um conjunto de componentes ocultos pela ideia do “conceito positivo de saúde”, uma vez que há:

1. Uma expansão indefinida, potencialmente infinita, do conceito de saúde, que passa a encampar toda a experiência humana;
2. O estreitamento paradoxal dos ideais ético-estéticos de uma “boa vida”, reduzida a viver muitos anos com o mínimo de doenças, sem considerações sobre prazer ou aspirações para além do individual, uma saúde “medrosa e restritiva”;

¹⁴ Refere-se à tradução ou transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas (CAMARGO Jr, 2013).

3. A expansão de um mercado de consumo de produtos de “saúde”: alimentos funcionais, academias de ginástica, dispositivos de uso doméstico.

Como aponta Camargo Jr (2013, p.2), é preciso entender “o potencial panóptico do dispositivo da “saúde”” em sua lógica de condução de como “evitar doenças”, expresso em fenômenos como a “medicalização” e a “farmacologização”. No entanto, conforme Ferreira (2015), na contemporaneidade, há outro ideário que conduz a uma lógica não só de como “evitar doença”, mas também de como “obter saúde”, pautada na valorização dos parâmetros estéticos para definir se os sujeitos estão saudáveis – a “estetização da saúde”.

3.2. A lógica da “estetização da saúde” emerso no movimento da Nova Promoção da Saúde (NPS)

A partir dos anos 1970, num cenário marcado, de um lado, por reivindicações para mudança no modelo sanitário biomédico e, de outro lado, pela proliferação de recomendações de corte nos gastos públicos, diversas discussões e práticas sobre saúde são atravessadas por um conjunto de movimentos econômicos, políticos e sociais (VASCONCELOS, 2013), com destaque para os movimentos em torno da Atenção Primária à Saúde (APS), da Nova Promoção da Saúde (NPS), do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRS), entre outros. Dentre eles, o movimento em torno da NPS é o que possui uma relação mais intrínseca com o ideário da “estetização”, como veremos a seguir.

A gestação da NPS ocorreu no Canadá, a partir dos anos 1970, tendo emergido formalmente através da divulgação, em 1974, do documento conhecido como Informe Lalonde¹⁵ (CASTIEL *et al*, 2010). Este documento indicava, a partir de estudos epidemiológicos, que, no país, havia ocorrido mudanças nas condições sanitárias da população, ou seja, se antes as doenças infecciosas eram as principais causas de morte, a partir daquele momento, as doenças não transmissíveis e acidentes passaram a ser a principal causa, associadas ao comportamento e ao ambiente (VASCONCELOS, 2013).

¹⁵ Recebeu este nome em alusão ao então ministro da Saúde do Canadá – Marc Lalonde (CASTIEL *et al*, 2010).

Além disso, o documento Lalonde estabelece um novo conceito de saúde, em oposição à perspectiva tradicional (biomédica), ao adotar a noção de ‘campo da saúde’, e aponta a necessidade de se analisar de modo mais abrangente as causas e os problemas de saúde pública, o que ajudaria a delinear ações e estratégias que extrapolassem o sistema de saúde que seria composto por quatro elementos, são eles: a) Biologia humana; b) Meio ambiente; c) Estilo de vida; d) Organização da atenção à saúde (VASCONCELOS, 2013). Tais elementos foram assim conceituados:

BIOLOGIA HUMANA inclui todos os aspectos da saúde, tanto física quanto mental, que são desenvolvidos dentro do corpo humano em consequência da biologia humana básica e da constituição orgânica do indivíduo. Este elemento inclui a herança genética do indivíduo, os processos de amadurecimento e envelhecimento, e os muitos sistemas internos complexos do corpo, tais como os sistemas esquelético, nervoso, muscular, cardiovascular, endócrino, digestivo, e assim por diante” (Lalonde, 1974, p.31). [...] “A categoria MEIO AMBIENTE inclui todos os aspectos relacionados com a saúde que sejam externos ao corpo humano e sobre os quais o indivíduo tenha pouco ou nenhum controle. Os indivíduos não podem assegurar sozinhos que alimentos, remédios, cosméticos, aparelhos, água, etc. sejam seguros e não-contaminados, que as ameaças do ar, da água e da poluição sonora à saúde estejam controladas, que a disseminação de doenças contagiosas seja evitada, que o lixo e o esgoto sejam manejados de maneira efetiva, e que o meio ambiente social, inclusive as rápidas mudanças que sofre, não tenham efeitos nocivos para a saúde [...]. A categoria ESTILO DE VIDA [...] consiste no conjunto de decisões que, tomadas por indivíduos, afetam sua saúde, e sobre as quais eles mais ou menos têm controle. [...] Decisões e hábitos pessoais que são ruins do ponto de vista da saúde criam riscos autoimpostos. Quando esses riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima tenha contribuído ou tenha causado sua própria doença ou morte. [...] O SISTEMA DE SAÚDE propriamente dito consiste na quantidade, qualidade, organização, natureza e relacionamento entre pessoas e recursos na provisão de serviços de saúde, [que incluem] prática médica, enfermagem, hospitais, casas de repouso, medicamentos, serviços públicos e comunitários de saúde, ambulâncias, tratamento dentário e outros serviços de saúde tais como optometria, quiroprática e quiropedia (Lalonde, 1974 *apud* Ferreira, 2008, p.9).

Apesar de se configurar numa iniciativa de oposição ao modelo biomédico, por considerar os determinantes da saúde muito mais amplos do que a soma dos cuidados médicos e hospitalares, o Informe Lalonde, a rigor, **representa muito mais a extensão do que a superação daquele modelo** (FERREIRA, 2008). Segundo o autor, é inegável que o conceito de ‘campo da saúde’ expresso no Informe retira a primazia do médico na condução de ações e políticas de saúde pública. No entanto, essa tentativa de desmedicalização é ineficaz uma vez que a forte vinculação do Informe aos estilos de vida, como estratégia central de redução do risco epidemiológico, representa uma forma ainda mais perversa de “medicalização”:

Sob o pretexto de se assumir certa independência em relação ao profissional de medicina, transfere-se ao leigo a responsabilidade pelo domínio do saber médico que, então, se espraia para o cotidiano da vida social, servindo de justificativa para a adoção de comportamentos ditos saudáveis em relação a práticas alimentares, sexuais, de atividade física etc. Assim, ao mesmo tempo em que se evita a ‘medicalização clínica’, incentiva-se outra forma de medicalização: a do ‘cotidiano social’ (FERREIRA, 2008, p. 27-28).

Na análise de Ferreira (2008), apesar da amplitude conceitual, a preocupação central do Informe referia-se à redução dos gastos destinados à cura de doentes, e com isso, a maior parte das propostas acabavam enfatizando a necessidade de mudanças no estilo de vida da população.

No capítulo doze [do informe], a Promoção da Saúde é apresentada como uma das estratégias para a melhoria da saúde da população canadense, destinada a informar, influenciar e assistir tanto a indivíduos como a instituições para que aceitem mais responsabilidade e sejam **mais ativos em questões que afetam a saúde física e mental** (FERREIRA, 2008, p. 12- grifos nossos).

Nesse sentido, segundo Bhuyan (2004), o Informe Lalonde enfatizava a preocupação do governo canadense com o crescimento dos custos da atenção à saúde que não vinha correspondendo à melhoria das condições de saúde da população e, com isso, havia uma relação desfavorável de custo-benefício. Desse modo, o enfoque passava a ser dirigido ao indivíduo, que deveria dedicar-se à prevenção das ameaças à sua própria saúde, com foco nas modificações de hábitos, estilo de vida e comportamentos individuais não-saudáveis.

Na análise de Hancock (1986), vários outros países seguiram o exemplo canadense e produziram seus documentos, como Reino Unido, Suécia e os EUA, sendo o documento produzido por este último conhecido como *Healthy People*, de 1979. Tal documento chegou à conclusão de que “talvez a metade da mortalidade [...] tenha sido devido a comportamentos ou estilos de vida não-saudáveis; 20% a fatores ambientais; 20% a fatores relacionados à biologia humana; e apenas 10% a inadequações no sistema de saúde” (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.1.9 *apud* FERREIRA, 2008, p. 13). Portanto, as autoridades norte-americanas em saúde pública alinhavam-se às canadenses ao reconhecer a necessidade de se reexaminarem as prioridades dos gastos em saúde de seus países com o modelo hospitalocêntrico, por exemplo, e focarem nas ações individuais do comportamento de cuidado com a saúde.

O reconhecimento do perfil de morbimortalidade da população foi um marco importante para essa nova estruturação, porque até o século XX as principais causas de

mortalidade eram as doenças infecciosas que, conforme Prata (1992), ocorria em virtude da exposição da população a serviços precários de saneamento (água, esgoto) e da manipulação inadequada de alimentos. Esse quadro começa a mudar, conforme o autor, com o controle das doenças infecciosas – através da introdução de medidas médicas (imunização e tratamento) e da redução da exposição da população ao risco de infecções, resultante da melhoria dos serviços de saneamento (água, esgoto e destino de resíduos) e de vigilância sanitária (manipulação adequada de alimentos). As DCNT¹⁶, então, vêm assumindo um papel de destaque no perfil de morbimortalidade das populações, num processo que alguns autores denominam de “transição epidemiológica” que se caracteriza pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas (causadas por diferentes agentes, representados por vírus, bactéria, fungos) para um outro perfil que predomina os óbitos por doenças não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres, diabetes etc.) (PRATA, 1992).

As características desse novo quadro trazem como resultado dois processos: de um lado, a constatação de que o modelo biomédico – centrado nas doenças e em condições agudas – não consegue responder de forma apropriada às necessidades geradas pelas DCNT, dando margem para a emergência de diversificados movimentos que buscam mudanças nos modelos de atenção à saúde. De outro lado, ocorre também uma guinada que acontece na epidemiologia, com variadas repercussões para as proposições e políticas de saúde, especialmente a partir de meados do século XX, a epidemiologia dos “modos de transmissão” começa a dar lugar à epidemiologia dos “fatores de risco” (CASTIEL *et al*, 2010).

Essa última ganha espaço na compreensão e tratamento do novo perfil epidemiológico, já que não mais o agente causal, mas a “rede de causação”, “(...) imbricada na trama de fatores de risco cuja interação explicaria os padrões das doenças não transmissíveis” (CASTIEL *et al*, 2010, p.39). Então, o papel da epidemiologia seria identificar tais fatores de risco para DCNT que estariam associados, predominantemente, ao sedentarismo e à alimentação. De acordo com Vasconcelos (2013), a partir daí, a alteração individual do comportamento (em especial, através da promoção da atividade

¹⁶As DCNT, segundo Malta *et al* (2017), são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais (desses óbitos, 16 milhões ocorrem em menores de 70 anos de idade e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda).

física) é assumido como responsabilidade do sujeito, inclusive, como foco das ações do Estado.

Sob tal compreensão, como indica Vasconcelos (2013), se a concepção da causalidade agente-doença já colocava prescrições comportamentais, com a nova abordagem há uma ampliação, pois entende-se que “todos esta[re]mos sujeitos, de uma forma ou de outra, à inúmeras prescrições comportamentais” (CASTIEL *et al*, 2010, p.40). Destarte, no século XX, o foco passa a ser no papel do indivíduo na produção de sua própria saúde, especialmente na necessidade de os sujeitos adotarem um **estilo de vida saudável**.

Cabe ponderar ainda que apesar do “estilo de vida” [de fato] estar associado à expansão das DCNT, como nos mostra Castiel *et al* (2010), essa abordagem voltada aos fatores de risco relacionada aos estilos de vida, com viés comportamentalista, não leva em conta os condicionantes sociais, econômicos e culturais. Nesse sentido, essa negação acaba por enaltecer o discurso do estilo de vida fisicamente ativo, o que resulta, portanto, na culpabilização do indivíduo, em consonância com a ofensiva neoliberal, e a responsabilização dos sujeitos por sua condição de vida.

Nesse sentido, embora seja um marco na trajetória da Promoção da Saúde (PS), autores como Westphal (2006) aponta que a concepção defendida no Informe Lalonde não corresponde à “moderna/nova” PS. Vasconcelos (2013) analisa que foi a Conferência Internacional de Cuidados Primário em Saúde, realizado em 1978, em Alma Ata, na Rússia, que marcou o berço da moderna PS- a **Nova Promoção da Saúde** (NPS).

De modo geral, neste evento foi denunciada a grave desigualdade existente no estado de saúde dos sujeitos, em especial, nos países subdesenvolvidos (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014). Com isso, a saúde é concebida como direito humano fundamental e deve ser adotada “por parte dos governantes, de medidas sanitárias e sociais adequadas” (Id. *Ibid.*, p. 59). No entanto, foi apenas na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa/Canadá, pelo Ministério da Saúde canadense e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BUSS, 2009) que se tem um marco conceitual e político da NPS¹⁷.

¹⁷ Cumpre esclarecer que no interior das discussões da PS podem-se distinguir variados significados, desde perspectivas que focam nas mudanças dos estilos de vida – mas não só – (aqui denominado NPS), até abordagens que se colocam na crítica do capitalismo enquanto sistema patógeno (VASCONCELOS, 2013).

O evento reafirma a meta “Saúde par todos no ano 2000” (BRASIL, 2002) e, conforme Vasconcelos (2013), a PS aparece como uma nova forma de reativar a necessidade de ações intersetoriais e a intervenção no solo político visando a melhoria das condições de saúde de todo planeta.

A partir da Carta de Ottawa¹⁸ foram realizadas pela OMS e suas regionais diversas iniciativas multinacionais, que cumprem importante papel na difusão da filosofia da NPS, a qual, considera como condições e recursos fundamentais para saúde: paz, habitação, alimentação, equidade, intersetorialidade, participação social (CORREIA; MEDEIROS, 2014), entre outros. Além disso,

A promoção da saúde é [entendida como] o processo de habilitar as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la. Para alcançar um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e concretizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar ou lidar com o ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não como o objetivo da vida. A saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, **a promoção da saúde não é apenas a responsabilidade do setor de saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar** (WHO, 1986, p.1- grifos nossos).

A Carta de Ottawa considera como campos centrais da NPS o fortalecimento dos serviços de saúde comunitários, a reorientação do sistema de saúde visando a intersetorialidade e a capacitação e envolvimento da comunidade como sendo imprescindíveis à melhoria e controle das condições de vida e saúde (VASCONCELOS, 2013). Neste documento, de acordo com a perspectiva da NPS, a saúde passa a ser vista em suas multideterminações, ou seja, a partir de fatores que estão diretamente relacionados à qualidade de vida e dizem respeito a condições adequadas de alimentação, moradia, educação, trabalho e cuidados de saúde (BUSS, 2009). A PS estaria, portanto, ligada principalmente à defesa da saúde, à criação de políticas públicas saudáveis e de ambientes favoráveis reforçando a responsabilidade de todos os sujeitos (CZERESNIA, 2009).

Assim, conforme Freitas (2009), se para seus precursores a PS se restringia à transformação de comportamentos e estilos de vida individuais, a partir dos eventos de Alma-Ata e Ottawa, se amplia este conceito através da NPS que inclui em sua agenda a intervenção ambiental numa perspectiva mais ampliada, propondo meios políticos,

¹⁸ A Carta de Ottawa, documento resultante desta Conferência, tornou-se uma referência no desenvolvimento das ideias e ações da NPS em todo o mundo (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

legislativos, fiscais e administrativos integrados e intersetoriais, proporcionando a articulação da saúde com os demais setores.

No entanto, apesar do discurso aparentemente progressista, segundo Vasconcelos (2013), o documento é atravessado por ambiguidades que não necessariamente consistem em posicionamento progressistas em termos ideopolíticos, mas sim, implicam uma diversidade de abordagens que necessitam ser apreendidas. Por exemplo, a NPS ao ser definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde” (BRASIL, 2002, p.19) acaba por responsabilizar os sujeitos de uma determinada comunidade como responsáveis por suas condições de saúde, sem considerar aspectos mais amplos.

Nesse sentido, na análise de Castiel *et al* (2011), a partir da difusão da NPS, começa a ocorrer o interesse progressivo do **autocuidado** e da participação comunitária, basicamente em função das assumidas dificuldades do sistema de saúde oficial em melhorar as condições de saúde das populações. Assim, segundo Levin (1977), o autocuidado foi definido como processo pelo qual uma pessoa leiga atua em seu próprio benefício em termos de PS, prevenção e detecção e tratamento nos níveis de atenção primária dentro do sistema de atenção à saúde. Já a participação comunitária destacou o enfoque de “baixo para cima” no planejamento e na implementação de programas de saúde, de modo que as pessoas foram vistas como participante ativos (OAKLEY, 1989). Tal perspectiva, amplamente divulgada pela OMS, acabou por alimentar uma vertente da NPS que enfatiza o papel do indivíduo na produção de sua própria saúde.

Nessa direção, Vasconcelos (2013) tece algumas críticas à NPS, das quais Lira (2018) realça três por desencadearem na lógica da “estetização”. Inicialmente, destacamos que uma das possibilidades de consequência do ideário promocional diz respeito à compreensão de que a incorporação de hábitos de vida mais saudáveis deriva das decisões individuais, ou seja, depende do estilo de vida. Assim, incentiva-se, inclusive com forte apelo midiático, a incorporação de um estilo de vida saudável, especialmente através de alimentação saudável, dietas, realização de atividades físicas, exames preventivos (SILVA; GADEA, 2009), entre outros.

Esse processo acaba por responsabilizar os sujeitos individualmente por sua condição de saúde, sem considerar suas condições de vida e de trabalho, que geralmente vedam a possibilidade da maior parte da população “optar” por um estilo de vida mais saudável (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2017).

O estilo de vida de cada sujeito, conforme Buss (2002), vai muito além de escolhas meramente individuais, pois refere-se ao que a realidade objetiva e subjetiva proporciona ao indivíduo e está associado:

(...) com suas próprias características biológicas, a habitação e seu entorno, o local de trabalho e seu entorno, seus hábitos, normas e valores, assim como seu nível educacional e de consciência e sua participação na produção e distribuição de bens e serviços. A situação individual de saúde está relacionada também com este estilo de vida singular e com os processos que o produzem e transformam (BUSS, 2002, p.52).

Para se contrapor a tal visão estreita do que é saúde, é imprescindível considerar, como fez a VIII Conferência Nacional de Saúde, que a saúde é “(...) antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Ou seja, a saúde não é um conceito abstrato, está, sobretudo, estreitamente vinculado ao que Buss (2002) denomina como “modo de vida” de uma sociedade.

O “modo de vida” é configurado a partir da síntese das diversas condições de vida dos distintos âmbitos sociais e das relações que estabelecem entre eles. Está, portanto, associado ao nível de desenvolvimento das forças produtivas, à forma de organização econômica e política, à cultura e outros processos que delimitam a identidade de uma formação social (BUSS, 2002). Com isso, "a situação de saúde da população de cada sociedade, em geral, está estreitamente relacionada com seu modo de vida e com os processos que o reproduzem e transformam" (BUSS, 2002, p.52). Desse modo, as propostas de NPS centradas no autocuidado e na responsabilização pessoal tem em seu cerne “aspectos mais condizentes com os cânones neoliberais clássicos que se refere à liberdade de escolher, direito de decidir” (CASTIEL *et al*, 2011, p.63). Portanto, dialoga com a perspectiva individualista de responsabilização dos sujeitos, como apregoa a lógica da “estetização”, sobre o qual aprofundaremos adiante.

Em segundo lugar, o ideário da NPS em sua vertente individualizante contribui, de acordo com Vasconcelos (2013), para o desencadeamento de práticas excessivamente intervencionistas e coercitivas sobre a vida privada dos sujeitos, o que vem ocorrendo, muitas vezes, pela disseminação do discurso da “vida ativa”, que tem ganhado cada vez mais espaço, apontando para a restrição de escolhas livres e discursos de ordenação à vida. Sob a etiqueta de promover saúde proliferam discursos como “tem que fazer exercícios físicos”, “não pode fumar”, “sexo só com camisinha” (SILVA, 2009, p.53 *apud* VASCONCELOS, 2013, p. 114). Além disso, o sedentarismo é visto como um mal (como

doença), e a atividade física seria o remédio. Com isso, há “o processo de patologização do sedentarismo” (FERREIRA *et al*, 2012, p. 837), visto como um dos principais fatores de risco para as DCNT. Essa realidade torna-se ainda mais ríspida ao supor que a prática de atividade física pode ser realizada em qualquer lugar, o que, segundo Vasconcelos (2013), acaba fazendo do sedentarismo uma mera opção individual.

Assim, focar no estilo de vida ativo referindo-se à mera escolha individual é não levar em consideração diversos elementos, entre eles: o papel da mídia na divulgação em produtos não saudáveis; a necessidade de taxaço sobre os produtos não saudáveis, já que os “saudáveis” são os mais caros oferecidos à população, tendo o Estado papel fundamental nesse processo de regulamentação; a ampliação de espaços mercantilizados (por exemplo: academias de ginástica/musculação) e a restrição de espaços públicos, sendo a violência urbana um dos fatores que impede os sujeitos de usufruírem os parques espaços para uso coletivo; os problemas de mobilidade urbana nos grandes e médios centros, que acabam por restringir os espaços, e a própria mobilidade humana; a sobrecarga do trabalho e a exaustão física que esse processo provoca no cotidiano dos indivíduos, entre outros.

Um terceiro e importante elemento associado ao ideário da NPS e destacado por Lira (2018), são as profundas conexões do ideário promocionista com os interesses do mercado. Vasconcelos (2013) aponta que, a partir dos anos 1990, vem ocorrendo intensa incorporação da saúde à produção à venda de mercadoria.

A disseminação da ideia de Promoção da Saúde incentiva um novo padrão de consumo, que abrange não somente a comercialização de medicamentos e sofisticados recursos tecnológicos, mas avança em todas as esferas do cotidiano. Esse processo contribui para a alimentação do “**mercado da saúde**” (ou do “bem-estar”), que constitui atualmente um dos **sustentáculos fundamentais da acumulação capitalista**, não arrefecendo nem mesmo em momento de crise econômica (CEBES, [s.d.], p. 3- grifos nossos).

Com isso, o “mercado da saúde”¹⁹ apropria-se do discurso de ‘Promover Saúde’ e começa a desenvolver uma verdadeira paixão pela forma que deriva de uma ressignificação do corpo, traduzida por regimes alimentares, nos diferentes tipos de ginásticas e terapias (LUZ, 2003) e, dessa forma, privilegia o consumo como forma de se promover saúde.

¹⁹ Diferencia-se do “mercado da doença”, que por sua vez tem o diagnóstico e a doença como aspectos centrais (VASCONCELOS, 2013).

O uso do discurso do estilo de vida saudável ganha cada vez mais destaque na cultura do consumo de saúde e é nesse contexto que a estética se miscigena na construção da percepção da saúde e do que é considerado saudável, ou seja, **“o saudável se entrelaça com o estético”** (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014, p. 75- grifos nossos). É, nesse contexto, pois, que emerge a lógica da “estetização da saúde”. No entanto, antes de adentrarmos nesse debate, se faz necessário entender, ainda que sumariamente, as diversas concepções contemporâneas que trazem a saúde e a relação com os parâmetros estéticos enquanto imperativo para os indivíduos na sociedade.

3.2.1. Concepções contemporâneas sobre saúde: algumas considerações

A valorização da saúde relacionada aos parâmetros estéticos, segundo Luz (2000), inclui representações e imagens corporais de beleza, vigor e juventude. Esse processo tanto alimenta quanto é resultado da expansão do enaltecimento da cultura dietética, desportiva e higiênica, que se configura em fenômenos que trazem a saúde como mandamento para todos os indivíduos.

A busca por ‘saúde perfeita’ tem se tornado comum na contemporaneidade. No entanto, conforme Sfez (1996), tal procura se aproxima destas novas formas utópicas, ou seja, uma utopia normativa e individual que pretende, no limite, a imortalidade, ou, na falta desta, maior longevidade saudável com a melhor aparência possível.

Para discutir tal processo, como parece não haver uma terminologia consensual entre os autores, partiremos das perspectivas de Nogueira (2011), que aborda a existência da Higiomania; de Berlinguer (1993), que considera a existência do Salutismo; de Sousa (2019), que aponta para Vigorexia e de Ferreira (2015), que se debruça sobre a Estetização da Saúde.

Segundo Nogueira (2011), a modernidade tardia, que denomina de cultura narcisista, favorece a economia capitalista uma vez que há um amplo consumo de produtos/itens voltados à saúde oferecidos pelo mercado, passando esta a ser entendida como perfeição do corpo. Desse modo, a saúde “passou a ser mais que cultivada, é agora adorada” (NOGUEIRA, 2011, p. 64). Para o analista, essa adoração virou uma espécie de “mania coletiva da saúde”, denominado por ele como uma “higiomania”.

O objetivo desse processo é apartar da noção de saúde qualquer associação possível com a morte, o envelhecimento e dor. Portanto, é caracterizada pela sobrevalorização da saúde, especificamente na forma de hígidez do corpo. Já Berlinguer (1993) denomina tal obsessão pela saúde de “salutismo”, ou seja, a tendência da busca pela saúde passa a ser compreendida como objetivo de vida. Assim, em qualquer lugar se tornou comum falar de saúde e sua relação com o corpo, beleza e juventude, com informações muitas vezes incertas, imprecisas, incompletas (BERLINGUER, 1993 *apud* VASCONCELOS, 2013).

A “vigorexia”, por sua vez, é compreendida como a obsessão pelo corpo perfeito, num processo em que há constante insatisfação. Segundo Sousa (2019), “há um componente psicológico que leva o sujeito a viver obcecado pela imagem física, e tornar-se viciado em exercício” (s/p).

Já na análise de Ferreira (2015), na contemporaneidade, o que se tem é uma valorização dos parâmetros estéticos enquanto definidores de saúde, esse processo é caracterizado pelo autor como “estetização da saúde”, sobre o qual discorreremos no próximo tópico.

Por hora, cabe destacar que, a partir do exposto, percebe-se que a saúde associada à busca por vitalidade, na sociedade contemporânea, tem sido objeto de intensa preocupação e diversas interpretações. Apesar de não haver uma terminologia consensual, o ponto comum nas análises dos autores é o entendimento de busca por saúde enquanto obsessão genérico-individual²⁰, o que demonstra o caráter manipulatório que o universo da saúde é tratado, tanto pelo mercado quanto pelas Políticas de Saúde. Ou seja, embora as concepções de saúde, por vezes, sejam tratadas na literatura, ora como uma esfera autonomizada da vida social, ora como discussão técnica, propostas por especialistas neutros (VASCONCELOS, 2013), elas articulam elementos e interesses econômicos, políticos, ideológicos e culturais que não podem ser desarticulados do debate mais amplos da vida social.

3.3. A “estetização da saúde”: um debate contemporâneo

²⁰ Apesar de parecer um termo contraditório, o que queremos dizer é que há, de um lado, uma generalização na “obsessão” pela saúde, e do outro, uma busca individualista (prática de exercício, alimentação saudável, busca pelo corpo *fitness* etc).

Vimos no tópico anterior que na análise de Ferreira (2015) há uma valorização dos parâmetros estéticos para definir se os sujeitos estão saudáveis, o autor denomina esse processo de “estetização da saúde”. Com isso, segundo o analista, os modos de sentir e cuidar do corpo são influenciados por processos de subjetivação ditados, inclusive, pelo mercado que, ao ditar as regras da boa saúde/boa forma na contemporaneidade, baseia-se na forma estética do corpo. Vale lembrar que a subjetivação se trata de uma dimensão da vida social que está diretamente associada à objetivação da ordem capitalista, ou seja, está ligada aos processos mais amplos que compõem a vida social, portanto, ao modo como a sociedade produz e reproduz.

Como já indicado, a estética invadiu, ostensivamente, o campo da saúde e se convencionou considerar o sujeito que tem saúde ou que leva uma vida saudável àqueles que cuidam do corpo (LUZ, 2003). Contudo, não podemos perder de vista que há processos econômicos, culturais, políticos e sociais por trás desse entendimento sobre saúde.

Em primeiro lugar, conforme já sinalizamos, o capital fortalece a indústria do bem-estar, a qual, além de auferir lucros alarmantes, oferece produtos e itens da saúde na promessa de que ao adquiri-los o sujeito terá um estilo de vida saudável e, com isso, garantirá uma boa saúde.

Os próprios espaços privados das pessoas são capturados pelo movimento do capital, fazendo com que todo cotidiano passe a ser administrado e impregnado pela lógica da mercantilização das relações sociais. Ou seja, o capital invade áreas que outrora o indivíduo podia reservar-se como os espaços de autonomia, o erotismo, o ócio (IAMAMOTO, 2007) e, acrescentaríamos, a própria estética.

Do ponto de vista cultural, tanto as perspectivas que ganharam densidade no debate sobre saúde, beleza, corpo e estética, quanto a mídia (eletrônica, televisiva etc.) vêm desenvolvendo um papel fundamental na contemporaneidade no que se refere à aceitação e reprodução desse modo de pensar saúde (SILVA; GADEA, 2009). Vive-se um momento social em que o sujeito é instigado, chamado, obrigado, sugerido a apropriar-se do seu corpo num sentido inédito (LUZ, 2003). Ainda nesse sentido, para Mathias e Hammes (2010):

A mídia, em suas ações publicitárias, tem o poder de determinar o consumo de uma imagem ideal, socialmente reconhecida e aceita e que satisfaça o sistema econômico. Em virtude disso, para integrar o contexto publicitário [os sujeitos] não têm direito de decidirem se querem ser “magras [os] ou gordas [os]”, [...]

se tornam dependentes do corpo considerado padrão de beleza veiculado pela mídia (Id. Ibid., p. 2).

Assim, as regras da boa saúde/boa forma são transformadas num verdadeiro mandamento (LUZ, 2003). A mídia e o consumo seriam aliados na empreitada de determinar padrões (SILVA; GADEA, 2009) e aceitação entre sujeitos, que, por consequência, gera preconceitos e “aversão” em relação aos sujeitos que não se enquadrem nesse perfil, resultando, contraditoriamente, no processo de adoecimento entre os indivíduos que buscam por “saúde”, ou melhor, por um padrão de beleza ideal.

Nesse contexto, conforme Lira (2018), a expectativa do corpo dos indivíduos em relação aos padrões de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns na sociedade, como, por exemplo, a maior incidência de anorexia²¹ e bulimia²², transtornos que afetam cerca de 2 milhões de brasileiros por ano. Segundo Tenório e Pinheiro (2017), o quadro chega a ser fatal em 15% dos casos e um dos fatores que levam os sujeitos a adquirirem esses transtornos é a pressão social por questões estéticas.

Sobre esse debate, Luz (2003) aponta que, tanto os modelos como as práticas e representações em torno do corpo e da estética, agasalham-se sob o guarda-chuva simbólico da saúde. Para a analista, este guarda-chuva é o que constitui o grande mandamento universal da contemporaneidade; “todos devem ter saúde, todos precisam ter saúde, ou, como diz o ditado popular, **manter a saúde em forma**” (Id. Ibid., p. 2 - grifos nossos).

Esse debate, portanto, tem um caráter eminentemente ideopolítico ao passar a ideia de que cuidar da saúde e do corpo refere-se a um interesse de todos, e que os interesses (na verdade privados) são públicos, reforçando, portanto, o interesse de classe em torno desse ideário.

Não obstante, além de uma preocupação excessiva com a “saúde”, atualmente, a própria “vida” humana passou a ser medida pela necessidade de se cuidar, de estar apto. A vitalidade passou a estar diretamente associada à prática de atividades físicas, a realização de procedimentos e cirurgias estéticas, ao consumo de alimentos ditos

²¹ Conforme Tenório e Pinheiro (2017), o transtorno da anorexia faz o indivíduo enxergar o próprio corpo de maneira distorcida e, a partir daí, leva a atitudes como: indução de vômito para expulsar as refeições, uso de medicamentos como laxantes e o abuso de exercícios físicos.

²² A bulimia é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios como, por exemplo, a provocação de vômito.

saudáveis – mas não só-, tudo isso vinculado à imagem de sucesso e felicidade. E é justamente por isso que, em nosso entendimento, muito mais que uma “estetização da saúde”, a vida moderna nos impõe um fenômeno novo - a **estetização da vida**: um ideário em que os parâmetros estéticos são valorizados e se vincula a um processo de “espetacularização da imagem” que vai desde a imagem dos sujeitos ditos saudáveis-atrelado à busca por beleza, vigor e juventude - até à espetacularização de outras dimensões da vida social, conforme veremos a seguir.

3.4. O ideário da “estetização da vida” e o processo de “espetacularização da imagem”

A “estetização da vida” se trata um ideário amplo que abarca uma economia estética, a qual, se integra à construção do real e de uma imagem que ganha uma maior dimensão a partir de uma esfera que Lipovetsky e Serroy (2015) caracteriza como estético-emocional²³. Esse elemento é central, inclusive, na concorrência que as marcas e os serviços em torno da estética travam entre si.

[As] escovas de dente, rolo de papel higiênico, utensílios domésticos- nenhum produto está imune ao embelezamento [...] o capitalismo não está mais centrado na produção industrial como na época fordista, mas no imaterial: o imaginário, os sonhos, a sensibilidade” (s/n).

Desse modo, o que se apreende é que o ideário da “estetização da vida” extrapolou as esferas da produção e alcançou o consumo, os modos de vida e, sobretudo, a relação com o corpo, enquanto estratégias que contribuem para construção de um novo modelo econômico.

Diferente da regulação fordiana anterior, o complexo econômico-estético é menos centrado na produção em massa de produtos padronizados do que nas estratégias inovadoras [...]: um capitalismo centrado na produção foi substituído por um **capitalismo de sedução focalizado nos prazeres dos consumidores por meio das imagens**, dos sonhos, das formas (LIPOVETSKY; SERROY, 2015, p.42- grifos nossos).

Nesse sentido, o estilo, a beleza, a mobilização dos gostos e das sensibilidades se impõem cada dia mais como imperativos estratégicos e, com isso, tem-se um modo de

²³ Segundo Lipovetsky e Serroy (2015), é a subjetividade, o emocional, o excesso das situações e das reações que cativam os telespectadores, e acrescentaríamos, os consumidores, pois o objetivo é interpelar os sujeitos, fazê-lo compartilhar um sistema de valores, criar uma proximidade emocional ao seu desejo, inclusive com o corpo.

produção estético que define o capitalismo de **hiperconsumo** que vão das indústrias de consumo, do design, da moda, da publicidade, da decoração, do cinema até o *show business*, e moldam um universo estético heterogêneo (LIPOVETSKY; SERROY, 2015). No entanto, apesar dos autores apontarem para o processo de heterogenização do universo das indústrias do hiperconsumo, trata-se, na verdade, de uma concentração dentro do universo de produtos e serviços ofertados pelo mercado que, por sua vez, “cria sentimento de monotonia, de *déjà-vu*, de sempre igual” (LIPOVETSKY; SERROY, 2015, p. 54).

A oferta musical é imensa, mas são sempre os mesmos sucessos e os mesmos cantores que ouvimos nas ondas. Os desfiles de moda oferecem o espetáculo de uma grande variedade de estilos, porém o da rua não tem surpresas e é cada vez mais parecido em todo o globo. E encontramos em todos os grandes museus do mundo as obras ou as exposições dos mesmos artistas contemporâneos em voga (Id. Ibid., p. 54).

Assim, conforme o analista, o capitalismo de consumo ao explorar racionalmente e de maneira generalizada as propriedades estéticas (objetivando o lucro e a conquista de mercados), potencializa as dimensões criativas, intuitivas e emocionais, estilizando e estetizando o universo cotidiano. Nesse trilha, é realizada a seguinte análise:

Os jardineiros se tornaram paisagistas; os cabeleireiros, hair designers; os floristas, artistas florais; os cozinheiros, criadores gastronômicos; os tatuadores, artistas tatuadores; os joalheiros, artistas joalheiros; os costureiros, diretores artísticos; os fabricantes de automóveis “criadores de automóveis” (LIPOVETSKY; SERROY, 2015, p.18).

A análise dos autores nos faz refletir que essa dimensão estética contemporânea possui uma relação direta com a necessidade da “imagem” a ser apresentada. Nessa direção, Lipovetsky e Serroy (2015) ressaltam que esse modelo/imagem apresentado,

Dispõe [...] as mesmas paisagens urbanas frias, monótonas e sem alma, [...] as mesmas franquias comerciais, homogeneizando os modelos dos shopping centers, dos loteamentos [...] bairros residenciais, balneários, aeroportos: de leste a oeste, de norte a sul, **tem-se a sensação de que aqui é como em qualquer outro lugar** (Id. Ibid., p. 8- grifos nossos).

Tal reflexão nos remete à análise de que, na contemporaneidade, esse processo de “sensação de tudo igual” acontece, inclusive, com os corpos dos sujeitos. Dito de outra maneira, o que se percebe é um processo de ‘uniformização dos corpos’ a depender dos critérios e padrões definidos pelo modo capitalista de produzir e reproduzir. Não raramente nos deparamos com as famosas harmonizações faciais, lipoaspirações, preenchimentos labiais, *botox*, silicones, prolongamentos de cílios, prolongamentos de unhas, entre outros, o que em última (ou primeira) instância aponta para **padronização**

dos corpos dos sujeitos, que buscam por um padrão de beleza ideal, ditados pelo mercado e que, portanto, os integra à “sociedade do espetáculo” (DEBORD, 1997).

Na sociedade contemporânea, tudo vira produto, inclusive o corpo, que passa a ser influenciados por processos de (sub)objetivação ditados pelo capital que ao impor as regras da “boa forma”, determina a forma estética ideal, num processo de espetacularização da imagem, em especial do corpo e, conseqüentemente, dos sujeitos ditos “saudáveis”.

A questão central contemporânea, segundo Debord (1997), não está mais somente na dualidade do sujeito ser/ter, mas também no “parecer ter”, pois o “espetáculo” a que se refere o autor está atrelado a “imagem” que se apresenta socialmente e, acrescentaríamos, a imagem que é apresenta de si, do corpo. Com isso, a estética corporal (mas não só) passou a ser altamente valorizada e a exaltação e busca por padrões estéticos parece integrar os sujeitos à “sociedade do espetáculo”, conforme vimos no capítulo I.

Desse modo, estamos no momento que os sistemas de produção, reprodução, distribuição e consumo são impregnados por operações de natureza fundamentalmente estética, e com isso, reiteramos que mais do que a “saúde”, a “vida” humana tem sido imposta pela valorização da imagem e, conseqüentemente, dos parâmetros estéticos, que se dá em todos os aspectos da vida social, inclusive nos corpos.

Dito isto, temos um panorama geral do que diferencia a lógica da “estetização da saúde” do ideário da “estetização da vida”. Enquanto o primeiro trata da valorização dos parâmetros estéticos para definir se os sujeitos tem “saúde”, e ressalta a busca por atividade física (através de academias de musculação), alimentação saudável (ligada a imagem de felicidade) enquanto elementos centrais para se obter um corpo bonito e/ou saudável; o segundo, além de considerar todos esses elementos, abre o leque e aponta que não só a saúde (apesar de ser um termo amplamente utilizado), mas a arte, a moda, a publicidade, o cinema, a vitalidade²⁴, entre outros, estão no universo da vida estetizada. Além disso, o ideário da “estetização da vida” aponta para necessidade contemporânea de “espetacularizar” os gostos, as sensibilidades, as imagens e, certamente, os corpos. Ou seja, nesse ideário nada escapa das malhas da imagem e do espetáculo.

Nesse sentido, portanto, a “estetização da vida” apesar de se configurar num ideário amplo, e que será objeto de estudos mais aprofundado em momento posterior, terá

²⁴ A vitalidade, portanto, está atrelada ao estilo, à beleza, à prática de atividades físicas, à realização de procedimentos e cirurgias estéticas, ao consumo de alimentos ditos saudáveis, à juventude etc.

o enfoque e recorte nesse estudo, conforme indicamos no final do capítulo anterior, como um ideário em que os parâmetros estéticos são valorizados e se vincula a um processo de espetacularização da imagem, especialmente do corpo, dos sujeitos ditos “saudáveis”, tudo isso vinculado à ideia de beleza, vigor e juventude. Portanto, partimos da consideração de que esse ideário tem em seu embasamento alguns pilares importantes, são eles: (1) ideário emerso no cotidiano dos sujeitos; (2) a busca pela juventude atrelado à imagem de sucesso e felicidade; (3) necessidade realização de procedimentos estéticos e cirurgias plásticas; (4) busca por atividade física e alimentação saudável a fim de um perfil determinado, o *fitness*, sobre os quais discorreremos a seguir.

3.4.1. A “estetização da vida” enquanto ideário emerso no cotidiano dos sujeitos

A busca por vitalidade e a noção de autocuidado no cotidiano se destacam entre as estratégias do ideário da “estetização da vida”. Assim, sob a égide do ‘estilo de vida jovem’, as mudanças comportamentais individuais são coercitivamente indicadas à população como a solução para seus problemas de saúde, contribuindo sobremaneira para a despolitização do cotidiano, pois, segundo Lupton (1990), cai-se num ciclo vicioso que serve à “medicalização”. Desse modo, o autor sugere que se dê maior atenção à forma pela qual os discursos sobre o corpo, a medicina e os cuidados com a saúde são reconhecidos, ignorados, contestados, traduzidos e transformados no contexto da experiência diária.

Um dos aspectos mais fortes que identificam a vida cotidiana moderna é a necessidade da velocidade, que, segundo Rocha (2020), é compreendida dentro de um sentido da condução dos hábitos das pessoas. A celeridade não se produz somente como característica relacionada aos deslocamentos urbanos “muito embora, na prática, a mobilidade se mostra mais vagarosa à classe trabalhadora conforme se observa no trânsito caótico e na dificuldade dos usuários de transportes coletivos” (ROCHA, 2020, p. 25). A velocidade também se impõe como regra e se torna cada vez mais comum aos modos de vida dos sujeitos, sendo expressa por meio da pressa no caminhar, da prontidão demandada no trabalho e mesmo da velocidade e praticidade atribuídas ao ato de se alimentar (SANTOS; SILVEIRA, 2014).

Os hábitos alimentares cotidianos têm sido objetos de cooptação dos indutores da praticidade e velocidade, que demandam, preferencialmente, menos tempo para o preparo e consumo alimentar, a fim de que haja mais tempo para outras atividades, como o trabalho e/ou consumo. Por meio desta mudança de hábitos, segundo Garcia (2003), objetos relativamente novos se fazem presentes e se proliferam, tais como os supermercados de grande superfície, aos quais são destinados boa parte da produção globalizada de alimentos industrializados pré-prontos, e as diversas redes de *fast foods*, que exaltam a pressa no preparo e consumo, exprimindo a rapidez e a juventude como valores implícitos aos seus produtos e marcas.

Com isso, surgem diversos elementos representativos de um mercado em ascensão como, por exemplo, a modificação dos hábitos alimentares dos sujeitos que acontece muito em vista de impulsos obsessivos pela vitalidade ou, até mesmo, diante de certa repulsa de desenvolver em seus corpos gordura ou flacidez. O curioso, conforme Rocha (2020), é que o mercado ao perceber tal movimento, passou a introduzir alimentos, cujo teor nutricional e a rotulagem publicitária apela para produtos que tenham em seus rótulos *light, diet, fit, detox, zero*, entre outros, a fim de atrair consumidores.

Assim sendo, diante da maior oferta de produtos industrializados, a programação e racionalização do cotidiano moderno do trabalhador foram facilitadas em razão da praticidade e rapidez do preparo alimentar, por exemplo. No entanto, na maioria das vezes, esses alimentos possuem baixo teor nutritivo e alto teor calórico para ampliar a validade dos produtos postos à venda (GARCIA, 2003). Ou seja, há uma contradição entre a oferta de produtos que supostamente melhoram a “saúde”, de um lado, e o baixo teor nutritivo, de outro. Com isso, o que se percebe é um paradoxo na sociedade contemporânea, pois ao mesmo tempo em que há uma imposição da estética magra e jovem, os produtos disseminados (ultraprocessados e *fast foods*) resultam em efeitos contrários.

Nessa linha, a “[...] a saúde se impõe como obsessão das massas”. (LIPOVETSKY, 2004, p. 63). Assim, uma mudança expressa nos estilos de vida de parcelas gradualmente crescentes dos sujeitos passa a manifestar o interesse pela atividade física e a disciplinarização dos corpos para fins do estilo de vida saudável e da estética, com ênfase a partir do final do século XX e início do século XXI (FOUCAULT, 1999).

Nesse sentido, o “universo *fitness*” em ascensão surgem enquanto elemento representativo através das diversas academias de ginástica e musculação, fortemente presente no cotidiano dos sujeitos. Desse modo, são dotadas de diferentes tamanhos, graus de sofisticação e localizadas em diferentes pontos da cidade, desde áreas mais ricas até porções mais carentes (ROCHA, 2020). Além disso, as academias de musculação têm se fixado em espaços públicos, enquanto política de governo. Assim, outros serviços e equipamentos compreendidos como elementos da cadeia (re)produtiva associada ao mercado de academias, tais como lojas de suplementação alimentar, lojas de produtos *fitness*, moda *fitness*, entre outros, tem ganhado cada vez mais adesão. Portanto, esse movimento não se limita somente à questão do “estar saudável”, mas à construção de uma esfera imagética, cujo apelo visual e discursivo volta-se para a criação da estética corporal idealizada. Tais aspectos são claramente percebidos no cotidiano dos sujeitos que se veem “obrigados” e/ou instigados a seguir padrões e adquirir itens, na esperança de obter “vitalidade”.

3.4.2. A busca pela eterna juventude no ideário da “estetização da vida”

O mandamento de “ter saúde”, ou “conservar a saúde”, tornou-se tão importante na cultura atual que autores como Sfez (1995 *apud* SILVA; GADEA, 2009) o denominam de “nova utopia”. O próprio “mercado da saúde” traz a ideia de que, ao consumir todos os produtos e serviços por ele oferecido, os sujeitos não obterão os (inevitáveis) sinais do tempo. Assim, estes “(...) Devem ser apagados e as antigas ‘doenças da idade’ precisam ser combatidas como inimigas da vida” (BASTOS *et al*, 2013, p. 494). Com isso, o desejo por certezas capazes de reduzir e/ou eliminar os sofrimentos biológicos e subjetivos perpassa esses ideários contemporâneos de busca incessante pela eterna juventude, sob o discurso do saudável (LUZ, 2003).

Na reflexão de Bauman (2010), sobre a utopia na era da incerteza, o autor considera que a “imagem” utilizada é àquele que pretende dispor da capacidade de escapar dos contextos geradores de insegurança que assolam, em graus variáveis, a todos nós. Assim, escapar seria tanto na acepção física, de fuga, como do ponto de vista psicológico, do escapismo. Ou seja, se já não seria mais possível vislumbrar no horizonte algo desejável como ‘modos de viver’, agora o sujeito teria que dispor de margens de manobra eficazes para evitar as muitas situações indesejadas do cotidiano da vida e,

acrescentamos que, a busca por beleza, vigor e juventude tem se tornado uma das saídas para situações que imputem sofrimento, infelicidade ou fracasso.

Nesse sentido, a velhice se tornou motivo para estigmatização (FERREIRA, 2006) e essas tiranias da beleza, da magreza e da juventude se tornaram as novas formas de controle sobre o corpo. Há, segundo o analista, um emaranhado de relações que atravessa diferentes instituições e interesses, criando tentativas de assujeitamento e controle sobre o corpo por meio da moda, da publicidade, do culto ao corpo, ao dietético e à performance esportiva.

Desse modo, na contemporaneidade a busca pela perfeição e juventude eterna contínua através da “indústria da metamorfose” garante transformar o corpo, modelando-o de acordo com a necessidade da ocasião “geralmente sem muito esforço por parte do cliente” (FERREIRA, 2006, p. 107). Segundo o autor, existe vários tratamentos, medicamentos ou cirurgias que eliminam os traços de animalidade ou finitude “rugas, varizes, sulcos, pêlos, dentes imperfeitos, celulites, flacidez, gorduras localizadas e outras mazelas são coisas do passado, garantem os especialistas” (Id. Ibid., p. 100).

3.4.3. Os procedimentos e cirurgias estéticas enquanto necessidades impostas pelo ideário da “estetização da vida” e do “mercado *fitness*”

A partir da intensificação da concorrência intercapitalista, com a desregulação econômica em escala internacional, seguindo a lógica da acumulação flexível, o capital volta seus investimentos para setores de maior liquidez, sempre em busca de maiores taxas de lucro. Nesta direção, bens e serviços culturais revelam-se como mercadorias de superfluidade, assegurando menor tempo de giro e rápida valorização. Não é por acaso, portanto, que aumenta a oferta e o consumo de diversão, jogos, esportes, espetáculos, distrações e de procedimentos estéticos (HARVEY, 2008). A liquidez do capital investido neste tipo de serviço é bem maior do que aquele convertido na produção industrial, e como existem limites para a acumulação e para o giro de bens físicos, não é de estranhar que o mercado se volte para o fornecimento de serviços bastante efêmeros em termos de consumo, chamando atenção, portanto, o “mercado *fitness*”.

O crescimento desse mercado é estimulado por uma série de técnicas de inovação que se processam continuamente no universo das academias de musculação, por exemplo. Além da promessa de felicidade difundida por uma verdadeira idolatria do corpo

estetizado através do *marketing*, bem como de novas atrações em termos de práticas e técnicas corporais, todo o aparato, *design* e incremento de novos e modernos equipamentos, a segmentação das academias para nichos específicos de consumidores, o casamento da mercantilização das práticas corporais em ambientes de academia de musculação com outros variados tipos de comércio, são determinações importantes observadas nesse movimento (MÉSZÁROS, 2002). Esse ideário incorpora uma visão utilitarista e pragmática do corpo como máquina a ser consertada ou “melhorada” (FERREIRA, 2015) e está intrinsecamente relacionado ao “mercado *fitness*”.

Tal indústria reflete um conjunto de práticas ligadas aos variados nichos através de produtos e serviços inseridos nas seguintes categorias: Produtos *fitness* e serviços (incluindo academias de ginástica, personal trainers); produtos nutricionais e serviços; medicina voluntária (incluindo cirurgia plástica e drogas de estilo de vida); os recursos em bem-estar (em particular nos meios de comunicação e no setor de informação); alimentos e bebidas (adjetivadas de saudáveis ou naturais); os cuidados de saúde alternativa; cuidados de saúde preventivos; o turismo de saúde e bem-estar e o seguro de bem-estar (KICKBUSCH; PAYNE, 2003 *apud* VASCONCELOS, 2013). Nesse contexto, Lobato (2003) considera que:

[a indústria do bem-estar] vai do popular batom aos milhares de academias de ginástica, outro tanto de clínicas estéticas e centenas de milhares de cabeleireiros, manicures, maquiadores, massagistas, esteticistas, cirurgiões plásticos, dentistas, dermatologistas, nutricionistas (LOBATO, 2003, s/p).

O setor privado embarcou no que Paul Zane Pilzer chamou, em 2002, de “revolução do bem-estar.” Pilzer é um renomado economista e multimilionário que iniciou o movimento pelo bem-estar nos EUA, o qual vem se alastrando pelo globo. O economista explica que a “indústria do bem-estar”, como denomina, relaciona-se diretamente à tecnologia e ao *marketing* e ainda:

Eu defino bem-estar em termos do dinheiro gasto para nos sentirmos mais saudáveis. Para nos fazer sentir mais fortes; para nos fazer ouvir melhor. Enfim, para **combater** aquilo que poderíamos chamar de **sintomas do envelhecimento** (FOOG, 2012, s/p - grifos nossos).

Desse modo, a “indústria do bem-estar” fomenta um processo que envolve a educação do corpo e a exacerbada preocupação com a estética e a beleza. Esses elementos se materializam no consumo, cada vez maior, de espaços e intervenções tecnológicas “destinados à prática de atividades corporais vinculadas a certo culto do corpo, como as

academias de ginástica e musculação, as clínicas para tratamento estético e consultórios médicos de cirurgia plástica” (TORRI *et. al.*, 2007, p. 262).

Para se ter uma ideia desse processo, o Brasil ultrapassou os EUA e ocupa, atualmente, o primeiro lugar no *ranking* de cirurgias plásticas: só no ano de 2018 foram registradas em média 1,5 milhão de cirurgias plásticas e 1,1 milhão de procedimentos estéticos²⁵, contra 1.492.383 nos EUA. De acordo com a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica (ISAPS), a cirurgia de aumento de mama com implante de silicone passou para o primeiro lugar entre as operações mais frequentes. Conforme Ferreira (2015), estes “são números expressivos que demonstram a necessidade de ampliação da discussão” (FERREIRA, 2015, p.2) sobre a temática. O gráfico a seguir demonstra em números exatos o *ranking* mundial em procedimentos/cirurgias estéticas.

Gráfico 1: *Ranking* dos países que mais fazem cirurgias plásticas no mundo, no ano de 2018

Ranking mundial de cirurgias plásticas

1º – Brasil	1.498.327
2º – EUA	1.492.383
3º – México	518.046
4º – Índia	390.793
5º – Alemanha	385.906
6º – Itália	311.456
7º – Argentina	280.555
8º – Colômbia	273.316
9º – Tailândia	105.105
10º – Austrália	102.404

Fonte: <https://eshoje.com.br/brasil-bate-eua-entre-paises-que-mais-realizam-plasticas-no-mundo/>. Acesso em 25 de set. de 2020.

De acordo com o cirurgião plástico Aristo Santos, os números mostram a importância que a cirurgia plástica tem no Brasil, segundo o cirurgião “os EUA têm muito mais cirurgias plásticas que o Brasil. A economia deles também é muito mais

²⁵ Disponível em <<http://www2.cirurgiaplastica.org.br/pesquisas/>>. Acesso em 08/05/2020.

desenvolvida e, mesmo assim, os brasileiros fazem mais cirurgias dos que ele” (COUTINHO, 2019, s/p).

Ao discutir esse panorama, é comum encontrar nas produções científicas que as intervenções, os procedimentos e/ou as cirurgias estéticas têm o objetivo de resgatar a autoestima dos sujeitos. Poli Neto e Caponi (2007) trazem uma afirmação da *American Society For Plastic Surgeons* (ASPS), que aponta a cirurgia plástica estética sendo “realizada para dar uma nova forma as estruturas normais do corpo com o objetivo de **melhorar a aparência do paciente e sua auto-estima**” (POLI NETO; CAPONI, 2007, p.2- grifos nossos). Nessa afirmação, dois elementos chamam atenção: o primeiro, se refere a referência à realização de cirurgias plásticas enquanto estratégia para resgatar as “estruturas normais do corpo”, sem deixar claro o que seria normal/anormal; o segundo aspecto, se refere à referência ao restabelecimento da auto-estima dos sujeitos enquanto justificativa para “qualquer intervenção estética”. Nesse caso, parece se tratar de um processo que é tanto instigado quanto alimentado (especialmente, mas não só) pela mídia (televisiva/eletrônica) que ao estabelecer os padrões de beleza a serem seguidos, aponta o que seria “normal” nas estruturas do corpo para que os sujeitos obtenham, assim, uma boa autoestima.

As tecnologias globais, leia-se tecnologias da informação, parece desempenhar um papel importante nesse processo. Tais tecnologias deixaram de ser vistas como companheiras inofensivas e invisíveis, empenhadas em amenizar as arestas da existência cotidiana e passaram a ser percebidas como um bloco poderoso, com interesses mercantis ocultos de dominação do mundo (MOROZOV, 2018). Com isso, segundo o analista, é preciso repensar o papel das tecnologias do imperioso Vale do Silício²⁶ na nossa sociedade, pois parece manter um controle firme na vida dos sujeitos. Na reflexão de Morozov (2018),

Suponha que você está pensando em virar vegetariano. Então resolve acessar o recurso de *Graph Serch* no Facebook a fim de saber quais são os restaurantes vegetarianos [...] nas proximidades. O facebook entende que você está considerando tomar uma decisão importante que vai afetar diversas indústrias: uma ótima notícia para os produtores de tofu, ainda que péssima para a seção de carnes do supermercado. O facebook seria tolo se não lucrasse com esse conhecimento [...] ele organiza um leilão de anúncios para verificar se a indústria de carne tem mais interesse em você do que a de tofu. É nesse ponto que o destino lhe escapa das mãos. Parece besteira até que você entra no supermercado e recebe no celular notificação de que a seção de carne está

²⁶ Está localizado na Baía de São Francisco, nos Estados Unidos, onde se encontra as empresas *Facebook*, *Apple*, *Google*, por exemplo.

oferecendo 20% de desconto [...] você decide que talvez seja melhor não virar vegetariano [...] (p. 33).

O que se percebe, portanto, é que uma decisão que parece autônoma, na verdade, está à mercê do melhor lance do leilão entre diversos nichos de mercado. Desse modo, chama atenção as possíveis influências do ideário da “estetização da vida” na (re)produção de um mercado ávido em oferecer um possível “bem-estar” aos sujeitos – ou seja, de um **mercado do “bem-estar”**²⁷ – que busca ampliar seus lucros e coloca o corpo enquanto mercadoria que pode (e deve) ser moldada constantemente, a depender dos critérios e padrões por ele estabelecido, e com isso, parece impor um padrão de consumo, a partir do ideário de corpo espetacularizado.

Especialmente imagens de corpos magros e esbeltos, em que os adeptos do mundo *fitness* postam também regularmente fotos de suas comidas e dietas, o que pode impactar as escolhas alimentares dos seus usuários, através da influência social. Tal influência se refere ao impacto das pessoas sobre o comportamento alimentar de terceiros (Silva *et al*, 2018, p. 397).

Além da mídia e seu papel na disseminação dos padrões ideais, a indústria de cosméticos (que é apenas um setor dentro da imensa indústria do bem-estar) cresce, no Brasil, a níveis alarmantes, como demonstra Dino (2016):

O Brasil continua seguindo como o terceiro maior mercado consumidor mundial de produtos de beleza, atrás apenas da China e dos Estados Unidos. A expectativa, dizem os especialistas, é de que o setor volte a apresentar aumento no faturamento ainda neste segundo semestre de 2016, crescendo a taxas cada vez maiores até pelo menos 2020. De acordo com um estudo realizado pelo SPC Brasil, em um cenário de crise, o brasileiro opta por cortar atividade de lazer em vez gastos com a beleza, este comportamento, favorece a “Indústria da Beleza” (DINO, 2016, s/n).

Dentro desse contexto, a imagem torna-se fator preponderante, especialmente para as mulheres (KOTAKA, 2016), que precisa manter-se apresentável à sociedade, com corpo, vestimentas e adereços da moda, e desfrutar inúmeros produtos/itens no mercado da beleza. Conforme a autora, no mundo *fitness* essa autocrítica é maior junto a esse público “[...] várias mulheres [têm] vergonha de ir à academia por considerarem que o corpo não [está] no peso adequado” (KOTAKA, 2016, s/n). Nesse sentido, o mercado tem tido um papel fundamental na construção do que é belo:

a característica principal talvez seja justamente a pluralidade de gostos, modelos ou estilos. E a própria crítica ao consumo se transforma em produto e é consumida sem cerimônia. **No final do século, a Beleza é cada vez mais**

²⁷ Tal denominação inspira-se no divulgador da “Revolução do Bem-Estar” (PILZER, 2002, *apud* VASCONCELOS, 2013).

plural, cada vez mais ela atende às exigências do mercado, é ele agora que define o que ou quem é belo” (FERREIRA, 2006, p. 108-grifos nossos).

Com isso, os conhecidos conceitos “autoestima” e “autocuidado” participam ativamente da construção desse ideário de busca por beleza. Nesse sentido, a pressão social e cultural pela busca incessante do corpo perfeito, através de cirurgias e procedimentos estéticos, mas também através da atividade física e da alimentação saudável, é uma realidade que precisa ser debatida e enfrentada.

3.4.4. O ideário da “estetização da vida” emerso na prática de atividade física e na busca por alimentação saudável

Na análise de Luz (2003) sobre a prática dessas atividades associada à saúde e à beleza, demonstra que, a partir dos anos 1970, houve substantivas mudanças no que se refere à finalidade da prática corporal. Segundo a autora:

A ginástica praticada há um século atrás não tinha a mesma finalidade social ou ideológica da do final do século; a primeira associada à educação física e ao esporte, era dependente do paradigma saúde-vitalidade, mas visava ao equilíbrio corpo-mente dos cidadãos [...] a segunda vigente neste início do terceiro milênio, é estreitamente ligada à estética do corpo individual, e visa “modelar” os corpos dos indivíduos (LUZ, 2003, p. 6).

Sob tal perspectiva, no Brasil estamos vivenciando um verdadeiro *boom* das academias. Para se ter uma ideia da dimensão desse processo, os dados mostram que somos o segundo país com maior número de academias do mundo, visto que existem, em média, 34.509²⁸ academias espalhadas pelo território nacional, perdendo apenas para os EUA. Além disso, o Brasil ocupa a terceira posição no *ranking* de faturamento, com movimentação de mais de U\$2 bilhões de dólares, atrás dos EUA e Canadá considerando apenas o continente americano.

²⁸Disponível em: <<https://blog.sistemapacto.com.br/o-mercado-fitness-no-brasil-segundo-o-ihrsa-global-report-2019/>>. Acesso em 23 ago. 2020.

Gráfico 2: *Ranking* de faturamento em academias 2019



Países com maior faturamento considerando apenas o continente americano.

Fonte: <https://blog.sistemapacto.com.br/o-mercado-fitness-no-brasil-segundo-o-ihrsa-global-report-2019/>

Conforme a *International Health Racquet & Sportclub Association* (IHRSA), a principal tendência para esse mercado na América Latina – do qual o Brasil participa com mais da metade dos lucros totais – é, por um lado, o crescimento de academias de baixo custo e, por outro, das academias *boutique*, corroborando as afirmações de Silva e Gadea (2009) quanto à disparidade no consumo de espaços e de produtos *fitness* por parte dos jovens de classes mais empobrecidas daqueles usufruídos pelos jovens ricos.

No tocante à questão nutricional, a busca pelo aconselhamento nutricional também ganha cada vez mais adeptos, pois o padrão de beleza do corpo magro é veiculado às mensagens de sucesso e felicidade (WITT; SCHNEIDER, 2011). Para as autoras, as pessoas tendem a acreditar que, sendo o corpo magro, pode-se alcançar todos os objetivos e que a perda de peso seria a solução para todos os problemas.

Nesse sentido, ocorre um processo de satanização do corpo gordo, inclusive por ser considerado um fator de risco para as DCNT. Também aqui percebe-se uma culpabilização do sujeito pelo que consome em termos de alimentação, como se fosse apenas uma questão de escolha individual, desconsiderando os aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos nessa questão.

Vale ressaltar que, inclusive, os conhecidos conceitos “autoestima”, “autoconfiança”, “autossatisfação” e “autocuidado” (NOGUEIRA, 2011) participam ativamente das políticas e programas efetivados pelo Estado (XAVIER, 2017). Essa seria,

com base nos princípios dos organismos internacionais e das Políticas/Programas nacionais, como diz Nogueira (2011), a fórmula da saúde, sobre o qual, reforçam a importância da imagem corporal e a individualidade nos cuidados de si.

Em nossa incursão no tema, nos chamou atenção as tendências do ideário da “estetização da vida” na tessitura da Política de Saúde no país, inclusive, porque algumas diretrizes e normativas sanitárias focam suas ações na alteração individual do comportamento (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014), em lugar da determinação social da saúde²⁹, como propunha o Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro (MRS)³⁰ da década de 1980 (VASCONCELOS, 2013).

Deste modo, além da responsabilização individual pela saúde, algumas iniciativas no âmbito da política sanitária têm priorizado ações que objetivam incentivar uma vida ativa, o emagrecimento, a realização de atividades físicas - especialmente através das academias -, o que, além de ter relação com a expansão das DCNT, aponta para tendência do ideário da “estetização da vida”, em especial, na PNPS e nos programas e recomendações do Ministério da Saúde (MS). Contudo, apenas a análise detalhada dos textos da PNPS e dos programas e recomendações do MS pode corroborar ou refutar essa afirmativa. Nessa direção, discutiremos no próximo capítulo os resultados de nosso estudo.

²⁹ O conceito de determinação social da saúde busca apreender as contradições e requisições do capitalismo e sua relação com as condições de vida e saúde da população. Esta concepção fundamenta o “núcleo subversivo” da RSB apoiada nas bases teóricas marxistas e confronta os interesses hegemônicos do capitalismo (VASCONCELOS, 2013).

³⁰ No Brasil, o MRSB reuniu intelectuais da Saúde Coletiva e novos sujeitos sociais que surgiram nas lutas contra a ditadura na construção de seu projeto na década de 1980 (VASCONCELOS, 2013). A perspectiva da totalidade que adotou foi manifesta durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e na Constituição Federal de 1988 ao defender a saúde como direito de cidadania e o dever do Estado de promovê-la mediante políticas sociais e econômicas garantindo o acesso universal e igualitário a uma atenção integral.

4. AS TENDÊNCIAS DO IDEÁRIO DA “ESTETIZAÇÃO DA VIDA” NA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS) E NOS PROGRAMAS E RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

Ao iniciar esse último capítulo no qual expomos os resultados do nosso estudo, reiteramos que, para investigar as tendências da “estetização da vida” na política de saúde brasileira, em especial na PNPS e nos programas e recomendações do Ministério da Saúde (MS), tais como: Programa Academia da Saúde, Programa Academia da Cidade, Projeto Academia Recife, Guia Alimentar para População Brasileira e demais recomendações do MS, partimos do pressuposto de que a Nova Promoção da Saúde (NPS) possui uma relação intrínseca com o ideário da “estetização da vida”, uma vez que a NPS aponta para a compreensão de que a incorporação de hábitos de vida mais saudáveis deriva das decisões individuais, ou seja, depende do “estilo de vida” dos sujeitos; a NPS, em sua vertente individualizante, contribui para o desencadeamento de práticas excessivamente intervencionistas e coercitivas sobre a vida privada dos indivíduos, o que vem ocorrendo via disseminação do discurso da vida ativa; e por fim, esse ideário promocionista possui profundas conexões com os interesses do “mercado da saúde”, e este ao apropriar-se do discurso da promoção da saúde, começa a desenvolver uma paixão pela forma que deriva de uma ressignificação do corpo, traduzida por regimes alimentares, prática de atividade física e privilegia o consumo como forma de se promover saúde.

Desse modo, o uso do discurso do estilo de vida saudável e ativo ganha cada vez mais destaque na política de saúde e, é nesse contexto que, a **estética se miscigena na construção da percepção da saúde** e do que é considerado saudável (VASCONCELOS, 2013). Nesse sentido, temos que a valorização dos parâmetros estéticos para definir se os sujeitos estão saudáveis atrelado ao processo de espetacularização da imagem dos sujeitos ditos saudáveis, evidencia o ideário da “estetização da vida”.

Nessa direção, os conceitos do estudo foram eleitos a partir da relação entre as premissas que fundamentam a “estetização da vida” e as concepções predominantes na PNPS e nos programas e recomendações do MS. Tendo como base esses conceitos

centrais, no decorrer da pesquisa na realidade empírica, surgiram outros conceitos subjacentes, os quais sistematizamos no Quadro 1.

Quadro 1: Principais conceitos

CONCEITOS CENTRAIS DO ESTUDO	PRINCIPAIS CONCEITOS SUBJACENTES
Estetização da Vida	Autocuidado; longevidade; sedentarismo; obesidade; risco; comedimento; aptidão; empoderamento; alimentação saudável; atividade física.
Promoção da Saúde	Concepção ampliada de saúde; integralidade; humanização; intersetorialidade.

Fonte: Elaboração própria com base na revisão bibliográfica e nos dados do estudo.

Com base na análise desses conceitos, buscou-se elucidar as distintas tendências ideopolíticas concernentes aos mesmos, bem como a correlação de forças entre diferentes concepções e projetos políticos que perpassam a PNPS, os programas e recomendações do MS, seja para confirmar ou para refutar a hegemonia das tendências dos preceitos disseminados pelo ideário da “estetização da vida”.

Para tanto, na sequência discorreremos acerca das duas edições do texto da PNPS, a Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, inscrita no governo Luiz Inácio Lula da Silva; e a Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, se refere a uma atualização da política que se deu no governo Dilma Rousseff, enfatizando as acepções em torno das ações específicas dos documentos.

As primeiras concepções de PS que surgem ainda na introdução do texto da PNPS/2006 apresentam como fundamento a concepção ampliada de saúde e a confrontação ao modelo biomédico, conforme podemos ler abaixo:

[...] A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade [...]. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários. [...] Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que **a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo**, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior

parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2006a, p. 9 – grifos nossos).

A PNPS/2014, diferente da PNPS/2006, não trata de forma mais detalhada a concepção ampliada de saúde, nem tece críticas ao modelo biomédico, apenas menciona a articulação com as demais redes de proteção social, como indica o trecho a seguir:

A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2015, p.26 – grifos nossos).

Tradicionalmente, os serviços de saúde se organizaram para priorizar o sintoma e as ações biomédicas individuais e curativas. Tal contexto levou a um impasse desafiante: se "a saúde é explicada dentro de um *continuum*" (MALTA *et al*, 2009, s/p), tal condição, inerente a seu próprio processo de desenvolvimento, exige outras ações e tecnologias de trabalho.

Na edição anterior à revisão é dito, portanto, que a emersão da PNPS no país é impulsionada a partir dos desafios impostos pela produção social da saúde. Além disso, é reforçada a existência de um contexto sócio-histórico determinante que exige reflexão e qualificação das práticas em saúde.

Ambos os textos da PNPS realizam uma crítica à concepção individualizante e fragmentária de saúde, mas apontam que a concepção ampliada de saúde e a superação de uma perspectiva restrita de PS perpassam igualmente o SUS e o MRSB, conforme os trechos abaixo:

Tradicionalmente, os **modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária**, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, **na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS [...] os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ ou liberdade individual e comunitária** (BRASIL, 2006a, p. 10 – grifos nossos).

[...] a promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus **modos de viver**, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem. [...] **Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu**

escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, [...] incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis (BRASIL, 2015, p.8 – grifos nossos).

Percebe-se que há uma crítica ao “modo de vida” dos sujeitos em suas abordagens individualizantes. Entretanto, para se compreender o “modo de vida” é preciso um conhecimento acerca do grau de desenvolvimento das forças produtivas, da organização econômica e política, e do processo histórico, diferenciando-se do foco nos estilos de vida singulares e nas escolhas individuais (BUSS, 2002). Ou seja, há a necessidade de análises mais ampla, como a determinação social da saúde.

Desse modo, ao mesmo tempo em que não se podem negar as determinações biológicas e individuais do processo saúde-doença, a análise desse complexo necessariamente deve perpassar aspectos societários. Assim, o processo social, ou seja, modo de vida, como aponta Laurell (1982), se articula ao processo saúde-doença, assumindo as características de inserção de cada classe social na produção e de sua relação com as demais classes sociais, ou seja, às condições objetivas de vida.

A crítica às concepções de saúde restritas aos hábitos dos sujeitos é perceptível na PNPS/2006 que tem como base a Carta de Ottawa, conforme o trecho abaixo:

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela **Carta de Ottawa** (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas **ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos**. Nesta linha [...] **persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa** (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006a, p.14- grifos nossos).

No entanto, a defesa da concepção ampliada de saúde e a preocupação em seguir as diretrizes da Carta de Ottawa não significa necessariamente fugir da responsabilização dos indivíduos e grupos sociais por sua própria saúde, pois esse é um aspecto reforçado pelo referido documento internacional, conforme vimos no capítulo II.

Segundo a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), os princípios da Carta de Ottawa servem de estrutura para a implementação da ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’ (WHO, 1999). Em 1997, na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde

(Jacarta) (BRASIL, 2002), a ‘Iniciativa Global por uma Vida Ativa’ era incluída, pela primeira vez, como tema de destaque no programa das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, e a difusão da prática de atividades físicas voltadas para a saúde foi tomada como uma das dez áreas prioritárias da Promoção da Saúde (WHO, 1997b). Conforme Castiel *et al* (2011), a OMS se apoiou no ideário da PS para levar a cabo suas estratégias de promover mundialmente a atividade física, sendo as propostas centradas no **autocuidado** e na responsabilização pessoal enquanto saída menos dispendiosa.

Vasconcelos (2013) alerta para as tensões e os sentidos do autocuidado. Se de um lado, o autocuidado pode ser considerado sinônimo da responsabilização do indivíduo por sua própria saúde, num contexto de “estetização da vida” e de redução do papel do Estado; de outro lado, o cuidado com si próprio pode expressar uma perspectiva de autonomia do sujeito. Assim, a abordagem do autocuidado pode contribuir para a participação política, desde que integre as dimensões objetivas e subjetivas da saúde.

O que se percebe, entretanto, é uma tendência de caráter prioritariamente subjetivista, em detrimento de questões objetivas, em parte da política. Na PNPS/2014 surge o conceito da **humanização**, colocada como um dos valores fundantes no processo de sua efetivação. A humanização é definida no texto:

Enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, **com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas**, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde (BRASIL, 2015, p.26 - grifos nossos).

Ao tratar da “valorização e aperfeiçoamento de aptidões”, a política evidencia uma visão idealizada e subjetivista do homem, e coloca a **aptidão** enquanto elemento que pode proporcionar melhores condições de vida.

Se considerarmos a busca por aptidão enquanto elemento para funcionalidade do corpo humano, entendemos que ela contribui para a prevenção e tratamento de inúmeras doenças crônico-degenerativa, o que, entretanto, não fica claro na política. Ou seja, partindo dessa premissa, o aprimoramento da flexibilidade direcionada à qualidade de vida pode promover, de fato, adaptações positivas na vida dos sujeitos.

Por outro lado, o caráter subjetivista e amplo da política, abre margem para pensarmos aptidão em seu sentido intangível, pensado e associado por Bauman (2001) à busca por “saúde”. Para o analista, essa busca tem se tornado cada vez mais frequente

enquanto ideal, com um perfil determinado, o *fitness*, permeado de insatisfações e buscas constantes, conforme vimos no capítulo 1.

No que se refere à humanização, para Benevides e Passos (2005, p. 393) “a humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do SUS fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação”, ou seja, apesar de não se constituir num princípio do SUS, a humanização se constitui numa política pública que deve perpassar transversalmente todo o sistema. No entanto, a humanização está no imaginário dos gestores e trabalhadores da saúde ligada ao voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Na análise de Xavier (2018), humanizar é modificar as relações e os modelos de atenção e de gestão instituídos no campo da saúde partindo da premissa de que só é possível transformar os modos de atender os usuários nos serviços alterando também “a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392). Além da humanização, a PNPS/2014 elege:

I - a **solidariedade**, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; II - a **felicidade**, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; III – a **ética**, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; IV - o **respeito às diversidades**, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde (BRASIL, 2015, p.26-grifos nossos).

A PNPS/2014 adota humanização enquanto valor abstrato, e define nessa mesma direção os outros valores: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades. Assim, ao expor esses aspectos, deflagra seu papel eminentemente subjetivista e, portanto, de responsabilização dos sujeitos por busca da felicidade, por exemplo, desconsiderando os aspectos mais amplos e objetivos para desenvolvimento de suas “potencialidades”.

Nessa linha, no campo sanitário, o adoecimento passou a ser percebido como consequências de falta de envolvimento em atividades motivadoras ou da adoção de formas de consumo e estilo de vida inadequado. Com isso, a ideia de saúde passa a estar diretamente associada ao controle dos riscos:

Promover a qualidade de vida e **reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde** relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a, p.14- grifos nossos).

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e **reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde** decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015, p.12 – grifos nossos).

O risco é um conceito voltado para subsidiar a adoção de estilos de vida saudáveis (CARVALHO, 2004). Segundo o analista, apesar da inquestionável contribuição do conceito de risco para a eficácia das ações sanitárias, no campo da epidemiologia e da PS, há necessidade de análises mais densas sobre essa concepção, que é palco de disputa entre projetos sanitários.

Por hora, o que cabe indicar é que há, de um lado, o discurso de incitação ao consumo de prazeres arriscados (esse discurso aparece principalmente, mas não só, pela via do mercado/consumo) e, de outro lado, aqueles que sinalizam para a necessidade de **comedimento** racional diante da fruição desmesurada de tentações perigosas (CASTIEL *et al*, 2011, p.63- grifos nossos), perceptível na PNPS e nos programas e recomendações do MS. Caponi (2009) traz um exemplo bem ilustrativo. Vejamos:

Foi assim que, em 1846, Vellermé dirigiu seus esforços de higienista para argumentar em favor da necessidade de **controlar os riscos vinculados ao consumo de álcool**, no caso concreto dos trabalhadores da indústria produtora de algodão, riscos evitáveis de empobrecimento, imoralidade, indolência. Porém, este mesmo fenômeno era tratado de um modo muito diferente pelos operários os quais se referia tal estudo: eles podiam encontrar ali espaço de fuga, de auto-reconhecimento, de camaradagem, enfim, de prazer (Id *Ibid.*, p. 76).

Na análise de Luz (2000), o comedimento é uma das feições centrais, senão a única, de saúde na cultura contemporânea e suas raízes remontam a própria sociedade moderna burguesa. Todo o excesso é visto como risco à saúde porque desequilibra e conseqüentemente gera doenças. Nessa direção, entre os usuários da saúde pública, é frequente tanto a culpabilização dos sujeitos quanto a autculpa pelos excessos no comer,

no beber e em outros hábitos, como a origem das doenças (LUZ, 2000). Desse modo, o discurso do equilíbrio e dos bons hábitos supõe o autocontrole dos sujeitos e seu disciplinamento.

Para lidar com os riscos, os caminhos usuais preconizados pelas autoridades sanitárias apontam para práticas e **ações de autocuidado e prevenção a fim de aumentar a longevidade**. Desse modo, a necessidade de moderação e equilíbrio passam a fazer parte dos discursos oficiais e das políticas de governo.

É, pois, nesse sentido que Foucault (1999) considera que há uma “nova mecânica do poder”. Segundo o autor, a ascensão de mecanismos disciplinares incorporados ao longo dos séculos XVII e XVIII serviram como meio do soberano exercer o poder sobre a população a partir do controle e vigilância dos corpos em esferas como a loucura, a sexualidade infantil e a medicina. Para o analista, os mecanismos de controle efetivados por meio da vigilância e disciplina aprendidos na medicina, por exemplo, objetivavam maneiras de reorientar a força e o vigor para a produção e o trabalho, ou seja, para os interesses da burguesia.

O desenvolvimento desta ideia, com o passar do tempo, abarcou formas mais sutis de cooptação da força de trabalho para o processo produtivo atual. Nesse sentido, Caponi (2014) faz uma análise sobre a construção do conceito de biopolítica, elaborado por Foucault. Nesta análise, torna-se evidente o entendimento do autor de que os mecanismos de exercício do poder modificaram-se na medida em que as formas políticas também mudaram de um perfil de Estado totalitário para um perfil liberal. Desse modo, os dispositivos de segurança refletem um posicionamento não mais impositivo, mas regulador e incorporado aos comportamentos sociais. As gamas de informações sobre a saúde foram sendo popularizadas de modo que cada cidadão passasse a ter condições de cada vez maiores de **cuidar de si próprio**, aderir a novos **comportamentos saudáveis**, construir hábitos preventivos e tomar conta de sua própria higiene e saúde.

O Estado liberal parte de uma certeza: a de que *Homo economicus* será capaz de **cálculo racional, que ele saberá evitar os perigos e antecipar os riscos** se estiver devidamente informados (DORON, 2007: 2). De maneira sutil e pela mediação de diversas estratégias (comunicativas, médicas, estatísticas, psiquiátricas) nas sociedades liberais e ainda mais nas sociedades neoliberais onde o Estado de proteção foi desarticulado, o **controle dos riscos** passou a ser, pouco a pouco, uma responsabilidade de cada um de nós. **Saber antecipar os riscos**, estar devidamente informados e agir de acordo às exigências impostas pelos últimos estudos epidemiológicos e médicos, **se impõe como um dever moral a todos nós e de maneira idêntica**. Pois, os riscos e os dispositivos de segurança reduzem a pluralidade humana a um conjunto de funções vitais interessadas exclusivamente na proteção da vida e no

prolongamento da espécie. [...] **Responsabilização, culpabilização e obrigação, quase moral, de antecipar os riscos, de não adoecer, de procurar valores tais como a saúde ou a juventude eterna, apresentados sob a forma de um pseudo “cuidado de si” impositivo, representam, segundo entendo, os novos desafios biopolíticos que caracterizam a nossa modernidade** (CAPONI, 2014, p. 35 – 36, grifos nossos).

Nesse sentido, como estratégia da biopolítica moderna, identificam-se novas formas de manutenção da saúde, da juventude, do prolongamento da vida, do estímulo à sexualidade e à estética, do desempenho das forças físicas, da preocupação com a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos como necessidades da população.

Nesse trilho, conforme Vasconcelos (2013, p. 215) “afirmações como “Atividade física é saúde, seja ativo” ou “Agite-se, sua saúde agradece” são motes presentes em estratégias de incentivo à atividade física em todo o mundo ocidental”. Apesar de serem orações simples, segundo a autora, omitem uma riqueza de significados, sob a lógica de que atividade física é suficiente para se ter saúde, o que expressa o caráter simplista e acrítico da concepção de saúde subjacente ao discurso da vida ativa.

A autora reflete ainda que embora muitas enfermidades tenham o comportamento individual como determinante, tal comportamento “não é mutável com um relacionamento pedagógico puro, com conselhos pessoais, como se pretende, comumente, com o termo educação sanitária” (BERLINGUER, 1993 *apud* VASCONCELOS, 2013, p. 116). Resulta, portanto, de condicionamentos psicológicos, de relacionamentos reais, tais como: trabalho, residência, alimentação etc, ou seja, resulta de questões mais amplas da organização da vida social.

O “quarteto da saúde” conforma a base do Portal Saúde Brasil, lançado pelo MS para combate às DCNT no país, acaba por ofertar uma gama de recomendações a fim de que os sujeitos optem as prescrições que lhes diminuam os riscos e ofereça-lhes vitalidade; além de ofertar uma gama de informações sobre saúde para que os sujeitos tenham condições de cuidar de si. Com isso, o MS lançou em 2017 as recomendações intituladas: “**eu quero me exercitar**”, “**eu quero me alimentar melhor**”, “**eu quero ter peso saudável**”³¹ (BRASIL, 2017). Vejamos algumas recomendações do período de 2017 a 2020:

³¹ Disponível em <https://saudebrasilportal.com.br>. Acesso em 14 de agosto de 2020.

Quadro 2: Recomendações do MS

“eu quero me exercitar”	“eu quero me alimentar melhor”	“eu quero ter peso saudável”
Parques e orlas: bons locais para curtir sua cidade e cuidar da saúde (03 de julho de 2017)	Faça sua horta orgânica em casa e se alimente melhor (01 de fevereiro de 2017)	Orientações para mudar estilo de vida e perder peso (12 de junho de 2017)
Atividade física aumenta disposição e autoestima (08 de dezembro de 2017)	Sal, açúcar, gorduras: os riscos do excesso (12 de junho de 2017)	IMC: você sabe calcular seu peso adequado? (19 de junho de 2017)
Mantenha o corpo ativo após a aposentadoria (23 de fevereiro de 2018)	Cinco receitas com alimentos regionais para curtir em família (06 de maio de 2018)	Depoimento em vídeo: Flávia Zonaro perdeu peso e alcançou uma vida muito mais saudável (11 de agosto de 2017)
Idosos podem praticar esportes coletivos (16 de fevereiro de 2018)	O que fazer para prevenir a obesidade infantil? (05 de junho de 2018)	Meditação diminui ansiedade e ajuda no combate à obesidade (27 de abril de 2018)
No trabalho a dica é: movimente-se! (16 de maio de 2018)	Como tomar mais água durante o dia? (14 de janeiro de 2019)	Como manter o peso saudável antes e depois da gravidez (22 de novembro de 2019)
5 hábitos saudáveis para adotar no ambiente de trabalho (24 de setembro de 2019)	Aquele bolo de banana fácil e saudável que você queria (25 de outubro de 2019)	Mentiras e verdades sobre a cirurgia bariátrica (09 de outubro de 2019)
Manual do folião: 7 dicas para curtir o Carnaval com saúde (19 de fevereiro de 2020)	Como fazer pão? Receitas práticas e saborosas para testar em casa (14 de abril de 2020)	Chá, remédio, dieta radical: NÃO existe atalho para emagrecer rápido (03 de fevereiro de 2020)
Como fica a prática de atividade física durante a pandemia de Coronavírus? (20 de maio de 2020)	Comportamentos saudáveis para cultivar com as crianças durante a pandemia (12 de agosto de 2020)	O que não te contaram sobre um dos estigmas da obesidade (04 de março de 2020)

Fonte: <https://saudebrasil.saude.gov.br/>

Em termos sucintos, diante da possibilidade de ser afetado por eventos com capacidade de lhe infligir sofrimento, resultantes, portanto, da não prática de atividade física, da alimentação e do peso considerados pouco saudável, o sujeito escolhe, dentre as diversas possibilidades, as medidas de segurança recomendadas a fim de que adquiram saúde e vitalidade.

Em suma, não há como negar o tom epidemiológico das recomendações do MS, nos quais se explora a associação entre a prática de atividades físicas, alimentação saudável e perda de peso como um menor risco de desenvolvimento de DCNT como benefício para a saúde (CASTIEL *et al*, 2011). No entanto, aqueles que não aderem à ascese que conduz ao ideal de vida prolongada e saudável podem ser responsabilizados por sua condição de saúde e podem estar à mercê de sentimento de culpa por serem causadores de seus males ao se exporem, sem os devidos cuidados, aos riscos à saúde.

Conforme Ferreira (2008), essa forma de pensar reflete a dissolução das fronteiras entre o saudável e o não-saudável, o que contribui fortemente para que a epidemiologia seja usada como forma de **controle social**. É nesse trilho, portanto, que o **sedentarismo** é tratado prioritariamente como fator de risco para DCNT e a mudança de estilos de vida é apontada como estratégia preferencial para redução desse fator, inclusive na PNPS que propaga iniciativas como: equidade; *empowerment*; educação em saúde e a intersetorialidade, entre outros, enquanto estratégia de mudança de estilo de vida, conforme veremos a seguir.

Antes de adentrar nas iniciativas específicas que o documento da PNPS faz referência, cabe destacar que apesar do documento não abordar especificamente a questão do sedentarismo, a priorização do incentivo às práticas corporais na PNPS e nas recomendações do quadro 2, reconhece a relevância epidemiológica do tema do sedentarismo.

Os dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) indicaram que no período entre 2006 e 2019 a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4%, e a hipertensão arterial, subiu de 22,6% para 24,5%. O maior aumento, porém, está relacionado à obesidade, que passou de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019 (variação positiva de 72%). Isso significa que dois em cada 10

brasileiros estão obesos. Considerando o excesso de peso, conforme a Vigitel, metade dos brasileiros está nesta situação (55,4%)³².

Tais dados, não só descrevem comportamentos ou escolhas individuais, como também apontam a relação entre indivíduos, espaços urbanos e políticas públicas. Portanto, "o julgamento e a responsabilização individual pelo adoecimento, como se a todos fosse dada a possibilidade de escolha entre adoecer ou não, entre possuir esse ou aquele modo de vida, [...] **não nos parece a [análise] mais adequada ou fiel à realidade**" (PASCHE; HENNINGTON, 2006, P. 19- grifos nossos).

Por isso, é preciso atentar para as contradições do processo e entender que, se de um lado, as recomendações podem expressar uma preocupação com o bem-estar da população no que se refere a necessidade de alimentação saudável, prática de atividade física e perda de peso; de outro lado, ao responsabilizar o sujeito e desconsiderar questões mais amplas da vida social, pode inclinar para associação inversa do gasto calórico e do tempo total de atividade física que dão sustentação ao estilo de vida magro (CASTIEL *et al*, 2010) e, portanto, pode recair num entendimento de busca por padrões estéticos.

A recomendações do MS tendem a exacerbar o papel da atividade física, apresentando-a como solução para muitos problemas no campo da saúde. Sob essa ótica, a atividade física costuma ser tomada como remédio e o sedentarismo como doença, assim:

O gordo passa a ser uma ameaça estética e vital à sociedade se tornando o doente do século XX. A busca em combater a gordura torna-se o principal objetivo de vários setores da saúde (médicos, nutricionistas, treinadores físicos, etc.) além de pesquisadores, da sociedade e, principalmente, das pessoas. O mal da gordura cai no senso comum (NECHAR, 2018, p. 5- grifos nossos).

Conforme analistas, o sedentarismo, de fato, vem se tornando uma questão saúde pública. De acordo com a OMS, há um crescimento do sedentarismo: 70% das pessoas, no mundo todo, são sedentárias. Isso significa que estão sujeitas às DCNT. Além disso, as estatísticas apontam que a falta de atividade física é responsável por 54% do risco de morte por infarto, 50% por derrame cerebral e 37% por câncer. É importante destacar também que o desenvolvimento de DCNT aumenta o risco de desenvolvimento de

³² Disponível em <

complicações da infecção pela Covid-19, doença causada pela pandemia do novo coronavírus no ano de 2020.

Porém, ao ser considerado uma doença, o sedentarismo e a obesidade passam a ser vistos como fenômeno essencialmente biológico (sob responsabilidade exclusiva dos profissionais da saúde), a despeito de seus condicionantes político-econômico-socio-culturais (FERREIRA *et al*, 2012). Ou seja, as estratégias parecem visar muito mais instruir as pessoas sobre as escolhas que podem fazer para reduzir o risco de desenvolvimento da doença do que levá-las a refletir sobre os macrodeterminantes que levam a adquirir determinadas doenças.

Vejamos a questão do câncer, sobre as quais muitas vezes as estratégias preventivas focam no estilo de vida e enfatizam o sedentarismo, o tabagismo, a alimentação saudável. No entanto, elementos mais amplos estão em jogo, por exemplo, o uso e efeito do agrotóxico. Vale destacar que o mercado brasileiro de agrotóxicos³³ é o maior do mundo, com 107 empresas aptas a registrar produtos, e representa 16% do mercado mundial³⁴, “são dados preocupantes, se considerarmos que a ingestão cotidiana desses agrotóxicos pode contribuir para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis [...] e o câncer” (ANVISA, 2010, s/n).

Outro exemplo refere-se à obesidade infantil³⁵ e aos interesses da indústria alimentícia por trás desse fenômeno. Atualmente, este já é considerado um problema crônico e entre os fatores associados à tal patologia estão o pouco tempo dedicado às atividades físicas e o elevado consumo de alimentos industrializados. Desse modo, deve-se levar em consideração a publicidade de alimentos ricos em açúcares e gorduras³⁶, o preço relativamente mais caros dos produtos considerados mais saudáveis, a falta de tempo para preparação caseira de alimentos, em virtude de questões relativas à sobrecarga

³³ É importante destacar que no dia 25 de junho de 2018, foi aprovado pela Comissão Especial da Câmara dos deputados o Projeto de Lei (PL) 6.299/2002, conhecido como “PL do veneno”, o qual, flexibiliza amplamente a regras para adoção de novos agrotóxicos no país.

³⁴ Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Meio-Ambiente/Ranking-da-Anvisa-aponta-alimentos-contaminados-por-agrotoxicos%250D%250A/3/18208>>. Acesso em 28 jul. 2020.

³⁵ Disponível em: < <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/obesidade-infantil-um-desafio-de-peso/>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

³⁶ Seguindo a tendência de regular de forma mais específica a publicidade de alimentos e apoiada na lei brasileira de defesa do consumidor, a Anvisa divulgou, em junho de 2010, a Resolução RDC nº 24, tornando obrigatório que a publicidade de alimentos com alto teor de açúcar, gorduras e sódio, bem como de bebidas com baixo teor nutricional, seja acompanhada de alertas para possíveis riscos à saúde no caso de consumo excessivo. Entretanto, tal normativa foi suspensa por decisão judicial, a pedido do setor alimentício e publicitário, que contestaram a competência normativa da Anvisa para dispor sobre o tema (IDEC, 2014).

de trabalho, as dificuldades na mobilidade urbana, entre outros. Portanto, as discussões em torno das DCNT e dos fatores de risco, requer ultrapassar o foco no estilo de vida e no indivíduo e associar a elementos mais amplos, inclusive à regulação da publicidade, fato que perpassa o próprio papel do Estado.

Como foi destacado anteriormente, a PNPS, aponta para iniciativas como: equidade, *empowerment*, educação em saúde e a intersectorialidade enquanto estratégias de redução de riscos e mudança de estilo de vida. Nesse sentido, em suas duas edições, a PNPS se refere à PS como uma estratégia de articulação transversal que permite a construção de práticas horizontais e políticas integradas, a partir da promoção de “mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersectoriais” (BRASIL, 2006a, p. 19). A articulação e cooperação intersectorial se daria fundamentalmente para a redução das vulnerabilidades e dos fatores de risco à saúde:

[...] a promoção da saúde é uma **estratégia de articulação transversal** na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a **saúde da população em risco** e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que **reduzam as situações de vulnerabilidade**, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006a, p. 12).

[...] na perspectiva da promoção da saúde, **a articulação intersectorial** deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, **os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde** que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas (BRASIL, 2015, p. 8).

Essa articulação remete à “ideologia” do fisicamente ativo. Portanto, parece apontar para orientações dirigidas à busca de modelos de desenvolvimento nos quais a população possam ser parte ativa em evitar os riscos.

No entanto, conforme Héller *et al.* (1995), a adoção de comportamentos saudáveis de evitação de riscos não pode ser levado a sério como a solução do problema, como se disso dependesse exclusivamente o futuro da humanidade. Dito de outra maneira, a ideia dos riscos atrelado às escolhas saudáveis se constituem como **imagens negativas** tornadas objetos das utopias (Beck, 1992 *apud* CASTIEL *et al.*, 2011). No limite, trata-se de sobrepujar a passagem do tempo e tornar-se o mais ‘imortal’ possível, controlando (utopicamente) todos os riscos que nos ameaçam.

Esta parece se tratar de uma estratégia (poderosa) que pode significar passos concretos em direção à utopia de um mundo sem doenças ou, no mínimo, menos doente. Com isso, as ‘doenças da idade’ são combatidas como inimigas da vida (BASTOS *et al*, 2013). Em contrapartida, segundo Vasconcelos (2013), organismos internacionais, como a OMS, têm realizado propostas de enfrentamento às doenças que tratam da “ideologia” do envelhecimento ativo, ou seja, vai na contramão do entendimento do envelhecimento enquanto problema e/ou inimigo dos sujeitos.

Portanto, ao mesmo tempo em que há orientações dirigidas à busca de modelos de desenvolvimento nos quais os idosos possam ser parte ativa em busca de seu “bem-estar”, no intuito de evitar os riscos e lidar com às limitações próprias da idade; há, de outro lado, o combate às “doenças de idade”, enquanto inimigas de vida, como apregoa o ideário da “estetização da vida”. No entanto, alguns analistas alertam:

Mesmo com o consumo de todos os produtos de saúde [...] e o segmento de todos os bons hábitos de vida, nós vamos morrer por meio de doenças e com algum sofrimento. Saúde é também uma adaptação equilibrada e habilidosa ao sofrimento, [...] doença, envelhecimento e morte (ASSIS, 2004 *apud* VASCONCELOS, 2013, p. 132).

Além disso, a PS é também apresentada como o elo de articulação intersetorial entre a saúde e os demais setores/políticas sociais. Na edição de 2006, a **intersectorialidade** é inicialmente posta no texto tal como definida na CF de 1988, associada diretamente à produção da saúde, conforme o seguinte trecho.

[...] a produção de saúde [...] exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersectorialidade. Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. [...] (BRASIL, 2006a, p.13-14).

Sem fazer menção à ligação entre intersectorialidade e produção da saúde, a PNPS/2014, por seu turno, adota a intersectorialidade como um de seus princípios definindo-a como o “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2015, p.27). Como afirma Vasconcelos (2013), a intersectorialidade é um dos princípios da NPS e tem como objetivo a ultrapassagem das fronteiras do setor saúde no enfrentamento do

processo saúde-doença. Com isso, é indiscutivelmente válida e imprescindível para dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população.

Esse princípio, contudo, segundo Costa (2014), no atual contexto da política de saúde, não tem sido incorporado como estratégia central ao planejamento e à gestão em saúde na perspectiva do enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença. Conforme a analista, atualmente, no Brasil é mais enfática a reprodução dos parâmetros de intersectorialidade estabelecidos pela OMS e OPAS, os quais apresentam como **ênfase os estilos de vida**.

Desse modo, as ações **multi-estratégicas** se articulam intimamente com o princípio da intersectorialidade e atribui ao setor saúde o papel de catalisador das ações promocionais (VASCONCELOS, 2013). Vejamos, por exemplo, a análise de Buss (2002) sobre uma alimentação pouco saudável, conforme o pensador, não depende apenas do acesso a informações sobre uma dieta pouco balanceada, mas também está relacionado ao preço dos alimentos e, certamente, às propagandas que induzem ao consumo. Nesse sentido, o incentivo a uma dieta equilibrada perpassa medidas no setor econômico, na restrição de conteúdos comerciais e o setor político na taxaço dos produtos “não saudáveis”.

Conforme Vasconcelos e Schmaller (2014), as ações multi-estratégicas, são fundamentais para PS, mas não deve servir de justificativa para diminuição da responsabilidade do setor sanitário na resposta às necessidades de saúde da população. Segundo Buss (2002) “as ações de educação para adoção de estilos de vida mais saudáveis são importantes, mas estão condicionadas por outras ações do poder público e/ou resultante da mobilização da sociedade” (p.54). Nesse caso, não se trata apenas de oferecer políticas que recomendem a prática corporal e/ou recomendações de como os usuários pode se alimentar melhor ou pode ter um “corpo saudável”. Se trata, em última (e primeira) instância, de uma ação do poder público que vai desde a educação em saúde até uma mobilização social.

A perspectiva da **Educação em saúde** (ES) se difunde nos textos da PNPS a fim de disseminar informação que segundo Xavier (2018, p.129), “se torna a base para a tomada de decisões e empoderamento [dos sujeitos]”.

A PNPS/2006 tem como uma de suas diretrizes “divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando **metodologias participativas e o saber popular e**

tradicional” (BRASIL, 2006a, p. 15- grifos nossos). Esse tipo de metodologia indicada associa, desse modo, a PS com processos de aprendizagem que exigem a participação e o saber popular e tradicional e se localiza no abrangente campo da ES, especificamente condiz com a acepção de Educação Popular em Saúde (EPS).

Em outros trechos percebe-se uma aproximação dessa vertente da ES na PNPS/2014, conforme transcrito abaixo.

[objetivo específico] **Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.** (BRASIL, 2015, p.11).

[Eixos operacionais] Educação e formação: Incentivo à **atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.** (BRASIL, 2015, p.15).

Na análise de Vasconcelos (2011), as estratégias de Educação Popular apresentam-se como contrárias ao saber hegemônico imposto pelo modelo biomédico na área da saúde ao valorizar o conhecimento que a população possui, buscando torná-la agente do processo de construção de saberes e de práticas relacionadas ao processo saúde-doença.

A vertente popular da educação surgiu ainda nos anos de 1950, no Brasil, a partir das teorias de Paulo Freire e colaboradores que buscaram alfabetizar populações rurais do país no espaço onde essas se encontravam. Ao longo dos anos de 1960 e de 1970 o método de Freire foi incorporado a movimentos de massa que lutaram por mudanças sociais e políticas na América Latina (Labonte, 1996 *apud* Xavier, 2018, p. 146).

Nesse trilha, Peloso (2012) aponta que a Educação Popular é ferramenta político-pedagógica que contribui: na divulgação e recriação do conhecimento; na construção e implantação da estratégia de uma organização popular; na qualificação de militantes para luta de classes; na elevação do nível de consciência da classe oprimida e na incorporação do povo como protagonista.

No entanto, não é por levar a designação “popular” que essa vertente da ES necessariamente contribui para processos de questionamentos e construções coletivas que ultrapassem o ambiente restrito da comunidade para pensar a sociedade em que essa se insere. Como afirma Carvalho (2008), a participação e a educação comunitárias em ações de saúde podem assumir padrões diversos, tanto na forma como no conteúdo, apresentando “significados distintos quanto à natureza do processo educativo” (Id *Ibid.*, p. 136).

Apesar de associar a ES às práticas educativas em torno da PS, o discurso predominante na PNPS atribui à EPS a restrita finalidade de favorecer escolhas conscientes e saudáveis e o empoderamento dos sujeitos, como sugere o seguinte trecho:

[princípios] a **autonomia**, que se refere à **identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias**; o **empoderamento**, que se refere ao processo de intervenção que **estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais** (BRASIL, 2015, p.27 – grifos nossos).

Vale destacar que o discurso do ‘empoderamento’, segundo Ferreira (2008), tem o sentido de ‘por poder em’, ou seja, a ideia subjacente é a de transferência de poder, em especial, aos sujeitos sobre sua saúde. Para o analista,

[Esse processo se daria] a partir de fórmulas ‘providenciadas’ pelas autoridades sanitárias, as populações são chamadas a intervir na **gestão de sua própria saúde**. No entanto, não se pode assumir que detenham poder sem que as pessoas possuam autonomia (entendida como capacidade prática em termos socioeconômicos, culturais, políticos, emocionais e cognitivos) para avaliar aquelas fórmulas, aceitando-as ou recusando-as, sem que isso se transforme em prejuízo para elas próprias. Não se pode assumir que detenham poder sem que participem ativamente da definição de seus problemas de saúde e da formulação de propostas para a superação da situação. Assim, essa noção de ‘empoderamento’ serviria para legitimar a incapacidade que as pessoas naquelas adversas condições de vida podem ter para a ação (Id. Ibid., p. 90-grifos nossos).

Na análise de Ferreira (2008), diferente do ‘empoderamento’, o ‘apoderamento’ diz respeito a ações que servem para que as populações tomem o poder para si o que, segundo Vasconcelos (2013), não é possível sem que adotem uma postura de maior protagonismo na ação. Assim, conforme Ferreira (2008), os sentidos atribuídos às noções de ‘empoderamento’ e ‘apoderamento’ assemelham-se muito à abordagem conferida ao *empowerment* que pode assumir, nas formas transitiva e intransitiva, diferentes sentidos.

Quando transitivo, ele requer a presença de um ou mais complementos para a ação ganhar sentido. Nesse caso, a ação [empower] é praticada pelo sujeito para alguém. A ideia subjacente, portanto, é a de que o poder é concedido, transferido de uma pessoa ou grupos para outros. Quando intransitivo, o verbo não aceita complemento para ganhar sentido. Nesse caso, a ação [empower] é praticada pelo e para o próprio sujeito ou coletivo. Aqui, a ideia subjacente é a de que o poder é conquistado, por conta própria, pela pessoa ou por grupos. Ou seja, as noções de ‘empoderamento’ e ‘apoderamento’ assemelham-se, respectivamente, às formas transitiva e intransitiva do verbo empower (Id. Ibid., p.90).

Na leitura de Castiel e Ferreira (2009), numa perspectiva crítica, o *empowerment* pode ser concebido como “um fenômeno essencialmente relacional, isto é, que só se

manifesta na interação dialética dos interesses conflitantes entre os indivíduos, grupos e classes sociais” (p. 10). Stotz e Araújo (*apud* Vasconcelos 2013) refletem:

Promover essa redistribuição [do poder] implica a participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade. **Não seria mais adequado, nesta ótica, falar de participação ao invés de empowerment?** Uma resposta positiva a esta pergunta daria aos “promotores de saúde” (especialistas, técnicos, profissionais, lideranças) o papel de aliados dos movimentos populares nos conflitos sociais em curso na sociedade. Esses “promotores” poderiam então superar a concepção tradicional de promoção que ainda orienta as suas práticas. A participação nos conflitos sociais implicaria inclusive, como resultado da experiência de cooperação e de confronto entre interesses, a percepção de que não cabe aos “promotores” o papel de validar a experiência de terceiros, mas descobrir novas “habilidades e competências” comuns, no decurso da própria ação coletiva. O processo educativo é a conscientização dos problemas postos pela participação, pela aliança entre grupos sociais com interesses específicos diferentes (Id. *Ibid.*, p. 84- grifos nossos).

No entanto, apesar da reflexão das autoras tratar da necessidade da participação nos conflitos sociais e a necessidade de superação da concepção tradicional de PS, a PNPS trata do “estímulo à inserção de ações de promoção da saúde [...] voltadas às ações de **cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável** e prevenção, e controle ao tabagismo” (BRASIL, 2006a, p. 20- grifos nossos), o que, portanto, parece reforçar uma saída individual para problemas que são coletivos - como, por exemplo, a obesidade e o sedentarismo- , sob o discurso do “educar”, “empoderar” e da “liberdade” dos sujeitos na condução e no cuidado de si.

Conforme Sen (2011), é preciso atentar à liberdade que as pessoas têm de escolher entre diferentes estilos e modos de vida. Segundo este ideólogo, a liberdade significa ser livre para “determinar o que queremos, o que valorizamos e, em última instância, o que escolher” (SEN, 2011, [s./p.]).

Nesse trilha, é preciso considerar que há sujeitos que optam por vivenciar um estilo de vida mais saudável como praticar atividade física, fazer alimentação balanceada e nutritiva, perder peso etc. Tais escolhas podem, inclusive, ir na contramão de uma busca meramente estética. A preocupação, em grande medida, pode estar ligada às questões mais amplas da vida social, ou seja, em ir na contramão do que é imposto em termos de alimentação, como, por exemplo, alimentos ricos em agrotóxicos, açúcares e gorduras. No entanto, o mercado, ao perceber o potencial lucrativo da associação entre modo de vida saudável e preocupação estética se apropria e passa a oferecer produtos com este fim.

Vejamos, por exemplo, o crescimento do veganismo, existem inúmeras razões para os sujeitos deixarem de consumir produtos animais e seus derivados, que pode ir de uma questão ética até uma questão de saúde. O mercado ao perceber a adoção dos sujeitos ao veganismo acabou por cooptar o ramo de produtos cosméticos e alimentos veganos (e vegetarianos) que faz parte de um nicho em ascensão. Conforme o site *O joio e o trigo* “basta observar as geladeiras dos supermercados para perceber que a oferta de produtos *plant-based* é cada vez maior”. Conforme o *site*, os consumidores que desejam reduzir o consumo de produtos de origem animal representaram 40% do mercado global em 2020.

Portanto, se trata de um universo sinuoso, o qual, há, de um lado, a escolha dos sujeitos por um estilo de vida mais saudável, cuja preocupação está ligada às questões mais amplas da vida social; e, de outro lado, a oferta de produtos e alimentos saudáveis, cooptados por grandes conglomerados alimentícios e cosméticos em busca de superlucros.

Com isso, diversas discussões têm sido realizadas sobre o propósito do veganismo, por exemplo. Itens como o hambúrguer, baseados em células, ganharam espaço rapidamente ao tentar simular textura, cor e sabor de carne. O debate central é: são produtos relativamente caros³⁷ e são ultraprocessados. Ou seja, são formulações alimentícias à base de aditivos, que vai na contramão do que é considerado saudável, porém é vendido sob esse discurso.

Nessa linha de apropriação do mercado, tem se tornado cada vez mais evidente a associação entre o ideário da “estetização da vida” e o setor privado, pois o corpo se revela como algo que pode ser “gerido”, enquanto um bem de capital, de diversas maneiras.

É importante demarcar que, conforme aludimos no início desse capítulo, o discurso da NPS tem profundas conexões com os interesses do mercado. Nesse sentido, segundo Vasconcelos (2013), desde os anos 1990, vem ocorrendo uma forte vinculação entre saúde à produção à venda de mercadoria e a construção de um “(...) mercado del cuerpo-objeto consumidor y consumible aparece sin ningún recato como verdade naturalizada” (CHAPELA, 2010 *apud* VASCONCELOS, 2013, p. 102). Contexto em que o saudável se entrelaça com estético.

³⁷ Disponível em < <https://ojoioetrigo.com.br/2021/01/frigorificos-granjas-e-fabricantes-de-iogurtes-quem-esta-investindo-no-veganismo-sem-veganos/>>. Acesso em 21 de janeiro de 2021.

Nesse quadro, somente no Brasil, o setor de franquias de saúde, beleza e bem-estar cresceu em faturamento 7,2% no ano de 2019, em relação ao ano de 2018, segundo dados da Associação Brasileira de Franchising (ABF). Essa ascensão se deu principalmente devido à alta procura por produtos e serviços ligados ao setor e ao crescimento de franquias de clínicas populares do ramo. Portanto, inspiradas no modelo americano, as academias que associam emagrecimento e estética à custos acessíveis são uma forte tendência, conforme a ABF.

Imagem 1: Desempenho do *franchising* brasileiro em 2019

SEGMENTO	2018	2019	% VAR FATURAMENTO	% VAR UNIDADES
Alimentação	45.827	48.399	5,6%	2,6%
Casa e Construção	10.020	11.019	10,0%	10,5%
Comunicação, Informática e Eletrônicos	5.485	6.034	10,0%	15,5%
Entretenimento e Lazer	2.437	2.568	5,4%	3,6%
Hotelaria e Turismo	12.632	13.286	5,2%	5,3%
Limpeza e Conservação	1.386	1.451	4,7%	3,9%
Moda	22.931	24.228	5,7%	1,8%
Saúde, Beleza e Bem Estar	31.907	34.214	7,2%	4,0%
Serviços automotivos	5.894	6.316	7,2%	1,2%
Serviços e outros negócios	24.924	27.001	8,3%	9,8%
Serviços educacionais	11.400	12.239	7,4%	1,0%
TOTAL	174.843	186.755	6,8%	4,7%

Fonte: ABF (2020).

No ano de 2020, com a chegada da pandemia causada pela Covid-19, houve reflexos no desempenho das franquias no Brasil. Os segmentos de ‘Entretenimento e Lazer, e Turismo e Hotelaria’ foram os mais afetados, mas o estudo mostrou que o setor de ‘Saúde, Beleza e Bem-Estar’, ‘Serviços e Outros Negócios’ e ‘Serviços Educacionais’ apresentaram menos da metade da queda média do setor no mês de maio de 2020.

Imagem 2: Variação no Faturamento em 2020 vs. 2019 por segmento

SEGMENTO	% VARIAÇÃO	
	ABRIL	MAIO
Alimentação	-52%	-48%
Moda	-78%	-66%
Saúde, Beleza e Bem Estar	-21%	-15%
Serviços e outros negócios	-29%	-23%
Serviços educacionais	-35%	-24%

Fonte: ABF (2020).

Foi exatamente no mês de maio de 2020, no contexto de crise sanitária, quando o Brasil já atingia a marca de quase 15 mil mortes pela Covid-19, que o governo Bolsonaro

incluiu na lista serviços essenciais o salão de beleza e a academia³⁸, os quais, estão incluídos no setor ‘saúde, beleza e bem-estar’. Nesse sentido, os números demonstram que o faturamento das franquias nesses ramos foram os menos afetados, com uma variação que foi de menos 15% para menos de 1% entre os meses de maio e junho, comparados ao ano de 2019.

Imagem 3: Variação no faturamento em 2020 vs 2019

	% VARIACÃO		
	ABRIL	MAIO	JUNHO
ALIMENTAÇÃO	-52%	-48%	-42%
MODA	-78%	-66%	-57%
SAÚDE, BELEZA E BEM ESTAR	-21%	-15%	-1%
SERVIÇOS E OUTROS NEGÓCIOS	-29%	-23%	-7%
SERVIÇOS EDUCACIONAIS	-35%	-24%	-23%

Fonte: ABF (2020).

Esses dados demonstram, portanto, o compromisso do governo Bolsonaro com o capital, em especial o “mercado *fitness*” e da beleza, os quais, se constitui, atualmente, num dos sustentáculos fundamentais da acumulação capitalista, não arrefecendo nem mesmo em momento de crise econômica (CEBES, [s.d.], p. 3), nem sanitária. Percebe-se, com isso, a fábula de um mercado ávido para “ajudar” na resolução de qualquer problema, inclusive nos problemas de saúde agravado e imposto por uma pandemia, através de academias de musculação, por exemplo.

Vale destacar que a cultura do corpo se associa à indústria de vestuário, cosméticos, alimentos e medicamentos voltados à conservação da juventude configura o “mercado *fitness*” (LUZ, 2000). Nesse quadro, como alerta a autora, os resultados esperados pelos praticantes de exercícios físicos são geralmente estéticos e não necessariamente vitais. Na busca pela beleza e juventude, muitas vezes há excesso de exercícios que acabam definhando a saúde ao invés de ampliá-la, sendo cada vez mais comum o uso de esteroides anabolizantes e substâncias químicas por parte dos praticantes, “como o objetivo de fazer crescer os músculos, torná-los mais visíveis e evitar o cansaço para poder praticar mais exercícios” (LUZ, 2000, p. 33 - tradução livre).

³⁸ Disponível em < <https://oglobo.globo.com/sociedade/bolsonaro-inclui-academias-saloes-de-beleza-barbearias-na-lista-de-atividades-essenciais-1-24421519>>. Acesso em: 09 de nov. de 2020.

A atividade física, dentre as quais a musculação -incentivada, em especial, pela iniciativa privada-, se posiciona atualmente como uma das principais formas de se manter/melhorar a saúde respaldada no conceito de antecipação dos riscos. Com base neste princípio, as academias de ginástica e musculação tiveram grande adesão em meio à eclosão do mercado, marcadamente a partir da década de 1980, sobretudo nas classes altas e médias, quando houve grande procura pelas atividades aeróbicas da ginástica (TOLEDO, 2010).

[...] a área médica também ajudou a estabelecer um conceito de saúde voltado para ausência de doença, estabelecendo a atividade física (dentre elas a ginástica e musculação) como um destes instrumentos, e dando a ela um viés extremamente preventivo ou curativo, desvinculando-a de seus atributos valorativos e humanizadores (TOLEDO, 2010, p.58).

Nesse sentido, assim como o discurso médico passou a elencar a atividade física em razão de seu potencial de saúde preventiva ou curativa, os profissionais de educação física também incorporaram o discurso da saúde e vitalidade que tem como principal benefício a possibilidade de redução de riscos (FURTADO, 2009). Os riscos, em sua maioria, são calculados de forma estatística, levando-se em consideração parâmetros médios gerais da população sem analisar individualmente as capacidades físicas de cada corpo. Com isso, contraditoriamente, a busca pela saúde pode resultar na perda da saúde (TOLEDO, 2010), como indicamos há pouco. O que se percebe, portanto, é uma apropriação da iniciativa privada nos discursos de “saúde” e “bem-estar”, que por sua vez, tem como fim a obtenção de lucro, associando beleza e bem-estar.

No campo das políticas públicas, em especial, na PNPS, percebe-se uma relação entre a PS com o setor privado e não governamental, conforme o fragmento a seguir.

Entende-se que **a promoção da saúde** apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, **o setor privado e não governamental**, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida [...] Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, **público/privado**, estado/sociedade, clínica/ política, setor sanitário/outros setores, visando **romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos** que nele se produzem. (BRASIL, 2006a, p. 15- grifos nossos).

Vale destacar que a CF/1988 (BRASIL, 2018), artigo 199, aborda a participação do setor privado enquanto complementar no âmbito do SUS, desde que suas instituições

sigam as diretrizes do sistema público. Ainda conforme a Carta Magna, em seu artigo 197, cabe ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle de todas as ações e serviços de saúde, sejam elas prestadas pelo SUS ou pela iniciativa privada. Nessa direção, o setor de saúde suplementar brasileiro, formado pelas operadoras dos planos de saúde, passou a ser regulado nos anos 2000, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao MS, criada através da Lei Federal nº 9961 (RODRIGUES; SILVA, 2015). Segundo essas duas autoras, é diante do desafio de alinhar o modelo biologicista, que caracteriza o setor suplementar, aos preceitos das políticas públicas que, em 2004, a ANS inicia “um processo de indução de mudanças na lógica assistencial, por meio de incentivos à implantação de programas de promoção da saúde” (Id Ibid., p. 195).

Apesar da implementação de programas de promoção da saúde se tratar também de uma estratégia de superação ao modelo biologicista e, portanto, barrar os avanços da iniciativa privada, contraditoriamente e curiosamente, na PNPS/2006 aparece o termo ‘consumidor’ ao indicar a necessidade de ‘disseminação da cultura da alimentação saudável’. A PNPS/2006 aborda, enquanto objetivo, que é necessário “estimular ações de **empoderamento do consumidor**” (BRASIL, 2006a, p. 29- grifos nossos). Tal indicação, entretanto, não aparece na PNPS/2014. Nessa direção, Ferreira (2008) traz uma série de questionamentos pertinentes:

Por que a referência a ‘consumidores’? Seria a saúde vista tão somente como um direito do consumidor e não de cidadãos? Até que ponto o mercado deve ser considerado na definição de políticas públicas de promoção da atividade física, entre outras no campo da saúde? Não haveria nessas afirmações uma exacerbação do papel do mercado no desenvolvimento de estratégias e políticas públicas de saúde? (Id Ibid., p.94-95).

Além disso, a PNPS/2006 propõe ações que se refere à prática corporal e à atividade física incluem:

a) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver **ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes**; b) estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios; c) **estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade**; d) **resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos**; e e) **articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho** (BRASIL, 2006a, p. 34- grifos nossos).

Práticas corporais e atividades físicas: Promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas (BRASIL, 2015, p.23).

Nesse sentido, a principal proposta, para o cumprimento dessas metas, no que se refere à ampliação dos estilos de vida saudáveis entre os usuários, é o Programa Academias da Saúde.

4.1. O Programa Academia da Saúde, Programa Academia da Cidade, Projeto Academia Recife e o ideário da “estetização da vida”

O Programa Academia da Saúde (PAS) foi instituído pela Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, revogada no ano de 2013, através da publicação da Portaria nº 2.681/2013. Conforme Malta e Silva Júnior (2013), o PAS emerge como parte de um projeto mais geral que inclui as metas globais da OMS para a prevenção e controle das DCNT no globo e as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011 a 2022. Nessa perspectiva, de modo geral, as diretrizes do PAS enfocam as DCNT, os fatores de risco e os “estilos de vida saudáveis”, em sintonia com o discurso do “bem-estar”.

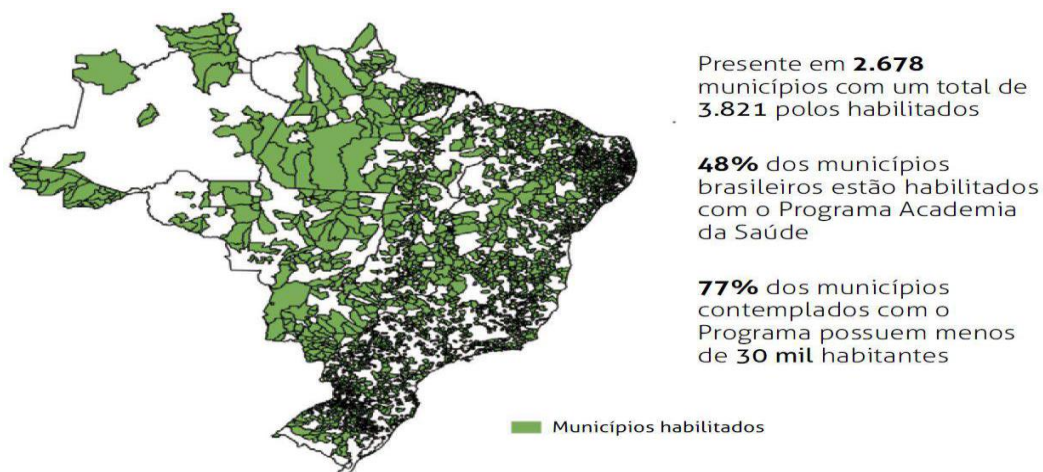
Na Portaria nº 2.681/2013, entretanto, há uma indefinição quanto à fonte exata de recursos para construção e manutenção das academias de saúde, como revela seu artigo 15, esse financiamento poderia ser proveniente “de recursos próprios da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação” (BRASIL, 2013, [s./p.]). Diante dessa imprecisão, o MS lança a Portaria nº 1.707 de 23 de setembro de 2016, que unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso da Atenção Básica (PAB Variável) e institui transferência fundo a fundo, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) mensais por polo (BRASIL, 2016b).

O repasse para a construção dos polos também é retirado do Piso da Atenção Básica e varia de acordo com a modalidade habilitada. Vale destacar que a aprovação destes projetos prioriza as áreas mais pobres do país (IDISA, 2011).

A dimensão do PAS na integração do território se evidencia pela capilarização que o Programa atingiu, estando presente em 2.678 municípios (48,1% do total de domicílios do país, dos quais 77% possuem menos de 30 mil habitantes) com 3.821 polos habilitados, conforme o Mapa 1 (BRASIL, 2018). Dados do portal do MS indicam que, atualmente,

o Programa já se expandiu para 2.900 municípios de todas as unidades da federação³⁹ (BRASIL, 2020).

Mapa 1: Abrangência territorial do Programa Academia da Saúde (PAS), em 2018



Fonte: Brasil (2018).

De forma geral, o PAS visa a promoção da saúde da população por meio da implementação de polos dotados de infraestrutura específica e recursos humanos destinados ao fomento de atividades físicas, práticas corporais, bem como a conscientização da alimentação saudável e o lazer (MOTA, 2015).

Vale ressaltar que o PAS está estrategicamente inserido no conjunto de ações de fundamental importância que o poder público vem tomando nos últimos anos no que se refere ao enfrentamento à obesidade, à DCNT, bem como ao sedentarismo, com especial ênfase em áreas mais carentes. Essas ações impactam no gerenciamento orçamentário do poder público, pois a promoção da saúde da população por meio da atividade física resguarda um grande potencial de economia para o SUS.

Conforme Oliveira (2013), uma pesquisa realizada pela Universidade de Brasília (UnB) e divulgada pelo MS, em 2013, aponta que o perfil de pessoas que se encontram em situação de sobrepeso e obesidade é mais comum nas regiões urbanas. Além de associar obesidade e o sedentarismo com o consumo de alimentos prejudiciais à saúde e à falta de atividade física, a pesquisa indica que a obesidade está mais presente na população com renda menor que três salários mínimos e com menos de oito anos de estudo (OLIVEIRA, 2013), fato que converge com o público-alvo da expansão do PAS.

³⁹ Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/academia/sobre>. Acesso em 17 de novembro de 2020.

A implementação do PAS decorre de políticas públicas de caráter regional ocorridas em anos anteriores em cidades como Curitiba, Vitória, Aracaju, Belo Horizonte e Recife (BRASIL, 2018). A primeira experiência de instalação de facilidades em locais públicos destinadas à promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável ocorreu no Recife, em 2002, com o Programa Academia da Cidade (PAC-R), pela Secretaria de Saúde do Recife (MOTA, 2015). Com isso, houve uma expansão do mesmo para 184 cidades de Pernambuco, tornando-se o Programa Academia das Cidades (PAC), em 2008 (MOTA, 2015; GUIMARÃES, 2017). As academias da cidade já apontavam em sua gênese o propósito de inserir a concepção de integralidade da atenção à saúde e ampliar as estratégias de atendimento à população usuária do SUS no que diz respeito às ações de promoção da saúde, prioritariamente em duas áreas, nas práticas de atividade física e de alimentação saudável (COSTA, 2013).

Um ponto forte do PAC é a redução da desigualdade nas atividades físicas. Em todo o mundo e no Brasil, diversas pesquisas mostram que homens são mais ativos que mulheres, a educação está diretamente relacionada com a atividade física em período de lazer, e indivíduos com baixo *status* socioeconômico são menos propensos a se engajarem em uma atividade física em período de lazer. O PAC tende a atrair mais mulheres que homens, a maioria são pessoas de baixa renda, de meia-idade e senhoras. A longo prazo, com a consolidação do PAC em todo o estado, as desigualdades nas atividades físicas em período de lazer poderão ser reduzidas (SIMÕES *et al.*, 2016, p. 71).

O desempenho do PAC em Recife contribuiu para a ampliação do Programa a nível nacional com a criação do PAS, conjuntamente com as experiências observadas em outras capitais (ROCHA, 2020). No Recife, a academia da cidade foi institucionalizada pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 3 de abril de 2003, tornando-se uma política municipal de promoção da saúde três anos depois, pela Portaria nº. 122/2006, de 28 de setembro de 2006⁴⁰ (LEMOS, 2010).

⁴⁰ Disponível em < <http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizand-contrastes-sociais/>>. Acesso em 26 de outubro de 2020.

Imagem 4: Academia da Cidade (PE)



Fonte: Diário de Pernambuco (2020)

No ano de 2013, foi lançado na cidade do Recife, o projeto intitulado *Academia Recife*, tal projeto foi criado pela prefeitura, por meio da Secretaria de Turismo e Lazer. A criação desse projeto se deu, conforme o secretário da época Camilo Simões, para ampliação e diversificação dos serviços⁴¹. O que chama atenção, entretanto, é que para os usuários terem acesso às academias espalhadas pela cidade, precisam realizar um cadastro numa plataforma digital cujo nome é *MUDE FIT*, conforme podemos ver abaixo:

Imagem 5: Página *online* do Projeto Academia Recife



Fonte: <https://www.academiarecife.org.br/inicio> (2020)

⁴¹ Disponível em < <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/13/07/2016/academias-recife-cheias-de-novidade>>. Acesso em 26 de outubro de 2020.

Imagem 6: Academia Recife



Fonte: [Recife](#) (2020).

Há, pelo menos, dois aspectos a serem considerados no que concerne à plataforma digital ofertada aos usuários para terem acesso às *Academias Recife*. O primeiro refere-se ao termo “mude”, o qual, tem em seu embasamento o chamado para que os sujeitos “mudem” tanto no sentido individual, de mudanças de hábitos e/ou estilos de vida, quanto no sentido de mudarem o próprio corpo. Tal constatação não expressa exagero ao nos depararmos com o segundo aspecto a ser considerado, que se refere ao termo que vem em seguida ao “mude”, o “*fit*”, o qual, expressa uma redução do termo *fitness*. Conforme Schneider (2019. s/p) “ser *fit* é ser adepto do exercício físico, do bem-estar pessoal e da alimentação saudável. A palavra *fitness* é inglesa e significa ‘estar em boa forma física’”. Portanto, ser “*fit*” significa tornar os músculos do corpo visíveis.

Nesse sentido, o acesso dos usuários à plataforma digital e, conseqüentemente, aos serviços ofertados pelo projeto *Academia Recife* tem uma via de mão dupla, pois, ao passo que oferece à população projetos a fim de que os sujeitos adquiram uma vida saudável, podemos perceber também uma tendência do ideário da “estetização da vida” ao chamar os usuários para uma “mudança *fitness*”.

Assim, o que queremos destacar é que, se de um lado, as iniciativas do PAC, PAS e o projeto *Academia Recife* tem como objetivo central promover a saúde da população a fim de que os usuários adquiram uma vida mais saudável, pois como afirma Varella (2015), essas iniciativas são essenciais para que os sujeitos obtenham mais qualidade de vida, especialmente em evitar as DCNT:

O corpo humano é uma máquina construída para o movimento. A vida sedentária é muito ruim. Não é ‘a atividade física é importante para a saúde’, o raciocínio, é o sedentarismo que acaba com o organismo. Pressão alta, diabetes, problemas articulares... O corpo sem movimento vai enrijecendo as articulações, deteriorando o sistema respiratório, destruindo vasos

sanguíneos. Imagine uma casa maravilhosa com o encanamento ruim. De que adianta!? (VARELLA, 2015, s/p).

O próprio MS esclarece que as pessoas querem um estilo de vida mais saudável⁴². Assim, as iniciativas desses programas de governo, em alguma medida, atendem aos anseios da população que tem essa preocupação em manter um estilo de vida mais saudável, que vai além de uma preocupação meramente estética.

O empresário Rafael Ribeiro, de 29 anos, é dono de uma academia e conta que as pessoas procuram o local para fazer exercícios físicos mais pela saúde do que apenas pela estética. "Eu costumo fazer, no mínimo, de três a quatro vezes por semana e a importância é a qualidade de vida. Nem é tanto de estética, mais saúde mesmo. Melhorar o sistema cardiovascular, fortalecer a musculatura. Tanto que hoje o que mais chega na academia são recomendações médicas, quem tem pressão alta, quem tem problema de coração. Então a atividade física melhora todos esses probleminhas. Isso é fato" (BRASIL, 2014, s/p).

Por outro lado, o direcionamento dado pelo programa não resolve a determinação social que impedem os sujeitos de obter esse “modo de vida saudável”, pelo contrário, reforça a lógica individualizante no que diz respeito aos cuidados com a saúde. Vejamos, por exemplo, a falta de profissionais no acompanhamento dos usuários desses programas; a falta de manutenção dos equipamentos ofertados; e sobretudo, a oferta de aparelhos de musculação em detrimento de práticas alternativas de atividades físicas.

O objetivo do PAS, conforme o MS, é “contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação dos polos com infraestrutura e profissional(is) qualificado(s)” (PAS, 2013, p.6). Entretanto, não é o que se percebe efetivamente. Há, nesses espaços, ausência de profissionais para desenvolvimento de atividade. Além disso, o documento ressalta, em suas duas versões, as atividades desenvolvidas no âmbito do PAS:

I - promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros); II - orientação para a prática de atividade física; III - promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; IV - práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato); V - organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários; VI - identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos a saúde, bem como a atenção das pessoas participantes do Programa; VII - mobilização da população adstrita ao polo do Programa; VIII - apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde; IX - apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do Programa; X - realização de outras atividades de promoção da saúde a serem definidas pelo grupo de apoio à gestão do Programa em conjunto com a Secretaria Municipal

⁴² Disponível em < <http://www.blog.saude.gov.br/34892-pesquisa-mostra-que-as-pessoas-querem-um-estilo-de-vida-mais-saudavel>>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

e Distrital de Saúde; e XI - realização da gestão do polo do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011, p. 2- grifos nossos).

I. **Práticas corporais e atividades físicas**; II. Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; III. Promoção da alimentação saudável; IV. Práticas integrativas e complementares; V. Práticas artísticas e culturais; VI. Educação em Saúde; VII. Planejamento e Gestão; VIII. Mobilização da comunidade (BRASIL, 2013, p.7- grifos nossos).

Em ambas as versões do PAS se coloca a prática corporal e atividade física enquanto centrais do Programa. No entanto, enquanto a primeira faz referências a algumas práticas alternativas, tais como: ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros; na segunda versão do documento, essas práticas desaparecem. Na prática, o que se verifica é a oferta de aparelhos de musculação para as práticas corporais e atividades físicas, e ausência de atividades alternativas.

Conforme Castro (2007), as academias de musculação têm se tornado espaços centrais na vida cotidiana dos sujeitos. Luz (2003) acrescenta que o objetivo da realização de certas atividades físicas é “(...) fortalecer e fazer visíveis certos tecidos do corpo, ‘debulhando’ músculos, ‘levantando’ seios e glúteos, fazendo fortes os músculos e tendões, modelando assim uma imagem de saúde que associa força, juventude e beleza” (LUZ, 2000, p.32).

O que se pretende aqui é trazer a seguinte reflexão: Por que as atividades físicas, recomendadas e executadas pelo PAS, tem como centralidade a oferta de aparelhos de musculação? Pois, o que se ver nessas experiências (academia da saúde, academia da cidade, academia recife) é a oferta desses equipamentos para que os sujeitos pratiquem atividade física e, com isso, adquiram bem-estar. Luz (2003) afirma que “[há] um outro modo de os sujeitos relacionar-se com seu próprio corpo” (p. 10), ou seja, há outras formas de realizar atividade física que vai além do uso de máquinas e equipamentos.

Imagem 7 e 8: Academia da Saúde



Fonte: <https://portalfns.saude.gov.br/slideshow/2315-programa-academia-da-saude-tem-selecao-de-novos-polos>

Nesse sentido, essa configuração que o PAS, o PAC e o projeto *Academia Recife*, ao passo que se relacionam ao ideário da “estetização da vida”, ao enraizar através da cultura da “saúde em forma”, o foco no indivíduo enquanto responsável pelo cuidado com seu corpo, e abrir o entendimento de que para se tornar saudável requer uma mudança, em especial, *fitness*; refere-se, também, à programas que abre ao público espaços de interação, convívio, lazer com oferta de atividade física, ainda que seja por imposição aparelhos em detrimento de outras práticas, ou até mesmo de outros esportes. Em seu artigo 15, o PAS/2013 diz:

É livre à iniciativa privada a reprodução total ou parcial de quaisquer das modalidades dos polos do Programa Academia da Saúde em espaços próprios, não havendo, porém, disponibilização de recursos públicos de investimento e de custeio para tais fins (PAS, 2013, p.9- grifos nossos).

Apesar do documento deixar claro que para reprodução das modalidades dos Polos do PAS necessita-se de recursos próprios, a convocação à iniciativa privada reproduzir, total ou parcialmente, o modo como o Estado promove a saúde da população chama atenção. O PAS, segundo Oliveira (2013), teoricamente está estrategicamente inserido no conjunto de ações do poder público para promover a saúde da população, com especial ênfase em áreas mais carentes. No entanto, uma ação que deveria ser única e exclusivamente do poder público, passa a ser incentivada às iniciativas privadas para sua reprodução. O resultado disso é a desresponsabilização do Estado nas questões de saúde da população, a responsabilização dos sujeitos na condução e cuidado da sua saúde e, logicamente, a busca por lucro sob o discurso do saudável.

Além da educação para o cuidado com o corpo, através da prática de atividades físicas, através do PAS, há outra ênfase presente na PNPS, para a ES, que se refere à

disseminação da cultura da alimentação saudável por meio de material educativo e de campanhas midiáticas, dentre eles, o Guia Alimentar para População Brasileira.

4.2. O Guia Alimentar para a População Brasileira

O principal material educativo para a materialização da diretriz da alimentação saudável da PNPS é o Guia Alimentar Para a População Brasileira, construído no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – aprovada no ano de 1999 e atualizada pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011:

Tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b, p. 21).

A primeira edição do Guia Alimentar foi lançada no ano de 2006, intitulada “Promovendo a Alimentação Saudável”, e contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população. No ano de 2014, o Guia Alimentar para a População Brasileira lançou sua segunda edição, conforme o MS “o referido guia se constituiu em um marco de referência para indivíduos e famílias, governos e profissionais de saúde sobre a promoção da alimentação adequada e saudável.” (BRASIL, 2014, p. 7).

Segundo o MS, o Guia Alimentar se constitui em uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável que integra a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

As principais doenças que atualmente acometem os brasileiros deixaram de ser agudas e passaram a ser crônicas. Apesar da intensa redução da desnutrição em crianças, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da população, como em indígenas, quilombolas e crianças e mulheres que vivem em áreas vulneráveis. Simultaneamente, o Brasil vem **enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade** em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre adultos (BRASIL, 2014, p. 5- grifos nossos).

A nova edição do Guia Alimentar (2014) traz os “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável”, são ele:

1. Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação;
2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
3. Limitar o consumo de alimentos processados;
4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados;
5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes

apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece; 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora; 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais (BRASIL, 2014, p. 125).

Na análise de Castiel *et al* (2014), essas “ordenanças de saúde” expostas no documento disseminam o discurso da alimentação saudável, o qual, conforma um ideário que apresenta como principal estratégia o “cuidado de si”. Tal ideologia está presente no ideário da “estetização da vida” e seus preceitos em relação à liberdade de escolha. Portanto, a necessidade de equilíbrio e de “bons hábitos” presentes no Guia Alimentar (2014) sugere o autocontrole dos sujeitos e seu disciplinamento no que se refere à alimentação.

O ideário da alimentação saudável e o paradigma do “tudo é saúde” se vinculam à indústria do “bem-estar” na afirmação acerca da tirania da doença e da indústria de alimentos, a partir da qual o bem-estar se apresenta como uma contrafação às indústrias produtoras de doenças, já que envolve os consumidores na compra de produtos e serviços saudáveis (LUZ, 2003). Nesse sentido, é no contexto de comercialização, privatização e individualização da saúde que se amplia o ideário da “estetização da vida” para que os indivíduos e comunidades exerçam maior controle sobre sua “saúde”, configurando uma dupla necessidade: por um lado, “proteger” os consumidores de produtos prejudiciais e, por outro, criar consumidores capazes de escolher num “mercado de saúde” e de “bem-estar” altamente desregulado (CASTIEL *et.al.*, 2014). Desse modo, indivíduos e classes sociais mais pauperizados cujo comportamento não condiz com o modelo da “alimentação saudável” são, assim, responsabilizados pois, “não sabem se pautar de maneira adequada às dinâmicas de vida estabelecidas socialmente [...] não assumem de modo explícito sua feição moralista, nem no âmbito da saúde” (CASTIEL *et.al.*, 2014, p. 1524). Ou seja, os discursos disseminados em torno dos “riscos do excesso de peso” e do “autocontrole” assumem uma dimensão moralizante sobre os indivíduos:

A questão atual relativa ao medo de engordar chama a atenção para as dimensões morais do problema, assim como faz a perspectiva da ansiedade excessiva diante do risco e da demanda pelo respectivo autocontrole na ingestão. De todas as formas, a relação da promoção da saúde alimentar com o ganho de peso tende a se inscrever no âmbito dos tratamentos morais que acompanham o mal-estar na civilização capitalista globalizada e a correspondente racionalidade cínica na operação de suas estruturas normativas duais que simultaneamente estimulam e restringem. As pessoas, de um modo variável,

não passam incólumes às precarizações e aos sofrimentos provocados por este panorama (CASTIEL *et.al.*, 2014, p. 1530-1531).

Por outro lado, é preciso atentar para as contradições e entender que, se por um lado, o Guia Alimentar para População Brasileira expressa a responsabilização do indivíduo no seu modo de se alimentar, por outro lado, o Guia Alimentar (2014), pode ser considerado um material contra hegemônico, vejamos por quê.

Em primeiro lugar, além de expressar a responsabilização dos sujeitos pelo que se consome, o Guia Alimentar (2014) ressalta a necessidade de cuidado/controle do peso corporal numa clara tendência do ideário da “estetização da vida”:

Além disso, há bastante variabilidade entre as pessoas quanto a como distribuem sua alimentação ao longo das refeições do dia. **O controle do peso corporal** (não a contagem de calorias) é uma forma simples e eficiente para saber se a quantidade de alimentos consumida está adequada (Guia Alimentar/2014, p. 56- grifos nossos).

Isso porque, o controle do peso corporal indicado no Guia Alimentar (2014) é recomendado enquanto uma tarefa de responsabilidade dos sujeitos, e essa tarefa se daria, evidentemente, através de uma balança. Na análise de Rocha (2020), a balança é um item que passou a fazer parte do universo *fitness*. Assim, a balança que teve início nas clínicas médicas e farmácias, foi tendo o seu uso médico ampliado e, de certa forma, banalizado nas academias de ginástica e musculação (TOLEDO, 2010) e na própria casa dos sujeitos.

A balança sem dúvida é um instrumento de medição que merece destaque. Encontrada durante muito tempo somente em hospitais e clínicas médicas, popularizou-se gradativamente à medida que habitou de forma crescente espaços como farmácias e centros de saúde e estética. No caso das farmácias, seu uso não mais estava condicionado a uma exigência do médico ou do farmacêutico. Estava lá, disponível ao uso de todos, geralmente próximo à porta ou ao caixa, ou seja, em lugares centrais que favoreciam seu uso, como se o auto avaliar-se em relação ao peso fosse uma “preocupação natural”. A balança, com os seus mais variados “designs”, parece estar cada vez mais adentrando nos domicílios, assim como sua presença cada vez mais se garante nas academias de ginástica de médio e grande porte, nas salas de avaliação física (uma exigência) e nas salas de musculação e vestiários (Id. *Ibid.*, p. 124).

Conforme Toledo (2010), a naturalização da preocupação com o ato de avaliar o próprio peso foi se difundindo de modo tão sutil, sobretudo entre as farmácias e clínicas estéticas que não há, de fato, uma preocupação com o significado do peso obtido. Esses instrumentos se popularizaram e adentraram nas casas das pessoas como um reforço prático do discurso da boa forma, uma forma de policiamento e quantificação do corpo

inseridas no cotidiano. A banalização da medição nas balanças comuns⁴³, mesmo para fins estéticos, não leva em consideração as diferenças de gordura e massa magra no corpo, que podem estar distribuídas de maneiras diferentes de pessoa para pessoa e refletem no peso final⁴⁴, numa clara tendência do ideário da “estetização da vida”.

Em segundo lugar, o Guia Alimentar (2014), pode ser considerado um material contra hegemônico ofertado à população. Isso porque, em outubro do ano de 2019, o site *O Joio e o Trigo* lançou a reportagem intitulada “Associação bancada por Nestlé e coca-cola tentou engavetar o Guia Alimentar do Ministério da Saúde”⁴⁵. Conforme Peres (2019), as grandes indústrias tentaram derrubar e/ou, no mínimo, retirar do Guia Alimentar (2014) as recomendações referentes aos alimentos ultraprocessados.

A elaboração do Guia Alimentar (2014) foi baseado na nova classificação de alimentos desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo (Nupens/USP), que divide os alimentos em quatro categorias: (1) Alimentos naturais ou minimamente processados; (2) Azeites, óleos, sal e açúcar; (3) Alimentos processados; (4) Alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014, p. 25). E, com isso, aponta quatro recomendações e uma regra de ouro, são elas:

1. Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base de sua alimentação;
2. Utilize óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias;
3. Limite o uso de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades, com ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados.

⁴³ Conforme Rocha (2020), o avanço da tecnologia associado a este setor, contudo, ampliou as possibilidades de análise das variações de peso do corpo humano. As balanças de bioimpedância, extremamente precisas, identificam os percentuais de gordura corporal, massa muscular, água corporal, gordura visceral, além de calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC). Esses equipamentos estão presentes em clínicas nutricionais, clínicas estéticas e, até mesmo, disponíveis em academias de ginástica e musculação. Porém, não na casa dos sujeitos.

⁴⁴ Como consideração da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), em 2016, “a medida de massa corporal mais tradicional é o peso isolado ou peso ajustado para a altura. Mais recentemente, tem-se notado que a distribuição de gordura é mais preditiva de saúde. A combinação de massa corporal e distribuição de gordura é, provavelmente, a melhor opção para preencher a necessidade de avaliação clínica. Deve-se notar, a princípio, que não há avaliação perfeita para sobrepeso e obesidade, que pode variar de acordo com fatores étnicos e genéticos” (ABESO, 2016, p. 15).

⁴⁵ Disponível em <https://ojoioetrigo.com.br/2019/10/associacao-bancada-por-nestle-e-coca-cola-tentou-engavetar-guia-alimentar-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em 29 de outubro de 2020.

4. Evite alimentos ultraprocessados;
 - A regra de ouro: Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados;

Vale destacar que o Guia, atualizado em 2014, tem entre suas mudanças fundamentais da versão anterior:

O fato de se dirigir à população, e não aos profissionais de saúde, como fazia a versão anterior, de 2006. A abordagem é também inédita ao não se ater a nutrientes e ao estender a discussão aos modos de produção, com uma recomendação clara de que se dê prioridade à compra de pequenos agricultores, além de abordar a maneira como se consome e as preparações culinárias (PERES, 2019, s/p).

Ao tratar como vilão alimentar o ultraprocessado, o Guia Alimentar (2014) desagradou os grandes conglomerados produtores de alimentos ultraprocessados. Cabe destacar que a insatisfação das grandes indústrias alimentícias, apresentada pela reportagem no ano de 2019, foi reafirmada. No segundo semestre de 2020, quando o Brasil atravessava uma pandemia com a marca de 150 mil mortos em média, o governo Bolsonaro por intermédio do ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) investiu contra o Guia Alimentar (2014) ao solicitar sua revisão, principalmente no que se refere aos ultraprocessados.

A Nota Técnica Nº 42/2020, lançada pelo Mapa, avaliou o Guia Alimentar (2014) como "confusa, incoerente, que impede ampliar a autonomia das escolhas alimentares" (BRASIL, 2020, p. 2), e mais:

Em relação a **diferenciação de 'alimento ultraprocessado' por meio da contagem do número de ingredientes** (frequentemente cinco ou mais) parece ser **algo cômico**. As receitas domésticas que utilizam vários ingredientes não podem em hipótese alguma serem rotuladas dessa forma, o que demonstra um evidente **ataque sem justificativa a industrialização** [...]. Existem normas para o uso de ingredientes nos alimentos e o poder público é responsável pelo seu controle. O consumidor tem o acesso a estas informações, que constam dos rótulos dos alimentos, para tomar suas decisões (BRASIL, 2020, p.2- grifos nossos).

Conforme a Nota Técnica, “o Guia induz a população brasileira a uma limitação da autonomia das escolhas alimentares” (BRASIL, 2020, p. 3). A crítica aos ultraprocessados, segundo a nota, não tem fundamentação científica e vai contra a liberdade de escolha dos sujeitos “os dados são **pseudocientíficos** e vem sendo refutados sistematicamente pela Embrapa e demais instituições de pesquisa” (Id. Ibid., p. 3- grifos

nossos). É importante frisar, conforme mencionamos anteriormente, que a elaboração do Guia Alimentar/2014 foi realizada pelo Nupens da USP.

Além disso, um aspecto curioso é que o governo Bolsonaro é marcado pelo negacionismo à ciência⁴⁶, o que deixa claro o aspecto contraditório de negação e recorrência à ciência de acordo com os interesses em questão. Nesse caso, a recomendação ao não consumo dos produtos ultraprocessados ataca diretamente os interesses das grandes indústrias alimentícias, demonstrando, portanto, o alinhamento do governo com o mercado. A sugestão da Nota Técnica é de que outras áreas do conhecimento participem da revisão do Guia Alimentar (2014). Além disso, recomenda a retirada imediata das menções, segundo a Nota Técnica, preconceituosas que o Guia faz referência:

A revisão completa do Guia deverá contar com ampla discussão com setores especializados na ciência dos alimentos. Entendemos que a ciência médica e da nutrição são fundamentais nesse contexto do Guia, **entretanto é absolutamente indispensável a participação de outros especialistas como os Engenheiros de Alimentos [...]** A recomendação mais forte nesse momento é a **imediata retirada das menções a classificação NOVA no atual guia alimentar e das menções equivocadas, preconceituosas e pseudocientíficas** sobre os produtos de origem animal (BRASIL, 2020, p. 4- grifos nossos).

A ‘regra de ouro’ apresentada no Guia Alimentar (2014) também é alvo de sugestão e recomendação da Nota Técnica:

A regra de ouro **talvez devesse ser**: harmonize uma combinação diversificada de porções moderadas de cada alimento escolhido para atender as necessidades nutricionais, **manter o peso corporal** recomendado e os indicadores de saúde adequados (BRASIL, 2020, p.3- grifos nossos).

Diante da intensa e negativa repercussão em torno da Nota Técnica (2020) e do posicionamento da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica), da SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes), da sociedade civil e da comunidade científica, em especial, da carta assinada por 33 cientistas dos EUA, Canadá, Austrália, Reino Unido, México, Chile e África do Sul contra a Nota Técnica

⁴⁶ Aqui elencamos pelo menos cinco momentos em que a ciência foi negada por Bolsonaro e seus representantes: (1) O ex-ministro de Bolsonaro Osmar Terra afirma que terra “plana”; (2) Mesmo sem qualquer tipo de comprovação científica de que a cloroquina fosse eficiente no tratamento contra a Covid-19, o governo Bolsonaro comprou milhares de doses do medicamento; (3) A OMS coloca o uso de máscara como uma das principais formas de prevenção contra o coronavírus. No entanto, o presidente Jair Bolsonaro fez inúmeras aparições públicas sem máscara; (4) Durante a pandemia da Covid-19, o presidente se colocou contra o isolamento social e a bandeira levantada pelo presidente foi o chamado “isolamento vertical”; (5) O presidente Bolsonaro tratou a Covid-19 como uma “gripezinha”. É importante destacar também que o total de mortos pela Covid-19 até o final dessa pesquisa no Brasil foi de 236.201 e no mundo 2.357.475.

(2020), a ministra Tereza Cristina, conhecida como “musa do veneno”⁴⁷, recuou e rejeitou a Nota e afirmou que pode sugerir revisão “mas desde que esteja tecnicamente embasado” (CAMARGO, 2020, s/p).

Nesse sentido, portanto, o Guia Alimentar para População Brasileira, ao mesmo tempo que possui tendências do ideário da “estetização da vida” ao focar no indivíduo enquanto responsável por sua conduta alimentar e abordar o peso corporal enquanto estratégia para se manter “saudável”; pode ser também considerado, por outro lado, um material contra hegemônico, na medida em que vem sendo alvo de ataques tanto de grandes indústrias do ramo alimentício – Nestlé, Coca-Cola, por exemplo – quanto do próprio Estado à medida que seus membros indicam necessidade de revisão por tecer em seu texto críticas aos ultraprocessados e, portanto, esbarrar nos interesses econômicos das grandes indústrias alimentícias.

⁴⁷ Disponível em < <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/09/musa-do-veneno-saiba-quem-e-a-ministra-da-agricultura-de-bolsonaro/>>. Acesso em: 12 de nov. de 2020.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas questões de pesquisa se voltaram para as configurações da discussão sobre a “estetização da vida” na política de saúde brasileira. Para adentrar nesse universo buscamos a ultrapassagem fenomênica das análises sobre a relação entre o “saudável” e a imagem corporal, implicando na busca por desvendar os fundamentos ideopolíticos do ideário da estetização.

Em nossa incursão sobre o tema, buscamos apreender seus antecedentes históricos, que passam pelos movimentos de entendimento das imbricações dos aspectos próprios da “modernidade líquida” e da “sociedade do espetáculo” que acabam repercutindo e sendo expressos nas dimensões e composição do ideário da “estetização da vida” na contemporaneidade.

Nesse quadro, procuramos refletir sobre esse ideário seguindo pela linha de articulação com os processos societários, visando situá-la no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, em suas múltiplas dimensões. A partir dos anos de 1970, a preocupação individualista com a “saúde” e a imagem corporal transformaram-se em temas de interesse central da sociedade, contexto em que as utopias coletivas refluíram para um escapismo de caráter individualista, que teve na beleza corporal uma meta a ser alcançada. Tratou-se de um debate sinuoso e repleto de tensões ideopolíticas ao passar a ideia de que “cuidar do corpo” refere-se a um interesse de todos, passando os interesses privados a serem vistos como interesses públicos, integrando a busca do neoliberalismo por uma nova hegemonia.

A problemática central deste estudo se dirigiu a entender o processo da “estetização da vida” nas políticas públicas de saúde no Brasil, em especial, a PNPS e os Programas Academia da Saúde, Academia da Cidade, Projeto Academia Recife e demais recomendações, dentre elas, o Guia Alimentar para População Brasileira. Vimos que o poder público busca inserir-se neste movimento organizando, muitas vezes, espaços como parques, praças, para o estímulo aos exercícios físicos e estilo de vida saudável, e lança política e recomendações com este mesmo fim.

A política e as recomendações trazem contradições que, ora se mostra de maneira mais sutil, ora de maneira mais evidente, e pode remeter a uma interpretação que confunde a busca por “bem-estar” à uma imposição dos padrões estéticos. Os elementos

identificados, que indicam associações com o ideário da “estetização da vida”, são: i) a busca por redução dos fatores de risco enquanto busca por certezas capazes de reduzir e/ou eliminar os sofrimentos biológicos e subjetivos; ii) as saídas centradas no autocuidado; iii) a aptidão enquanto elemento que proporciona melhores condições de vida; iv) a ênfase no “empoderamento”; v) a articulação com o setor privado; vi) a ênfase na cultura da alimentação e do corpo saudável. Tais propostas além de remeter a alteração individual de comportamento, colocam o enfrentamento ao sedentarismo e a obesidade, por exemplo, como eixo de suas ações.

Por outro lado, é preciso ter clareza que culpabilizar o sujeito pelo que consome em termos de alimentação, por exemplo, é desconsiderar os aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos nessa questão, o consumo globalizado de alimentos industrializados e a aceleração da vida cotidiana também induz a hábitos alimentares igualmente rápidos. As dificuldades e o tempo destinados ao preparo e consumo diário de alimentos saudáveis tornam-se uma difícil e cara tarefa. Portanto, se por um lado, a política e as recomendações criam condições de acesso ao conhecimento de modos de preparação de alimentos saudáveis e prática de atividade física, por exemplo, por outro, o direcionamento dado, ou seja, a imposição de espaços com aparelhos de musculação, por exemplo, não resolve a determinação social que impedem os sujeitos de obter esse “modo de vida saudável”, pelo contrário, reforça o ideário da “estetização da vida”, pautado na individualização e estética no que diz respeito aos cuidados com a “saúde”, desconsiderando as condições de vida e trabalho da população.

As múltiplas determinações, portanto, não nos permite indicar que o ideário da “estetização da vida” é algo sempre estimulado na política, nos programas e recomendações e, mesmo quando são, existem graus diversos em que esse ideário é concebido.

De modo geral, o cenário construído a respeito dos espaços e recomendações públicas parece remeter à instrumentalização, disciplinarização, controle biopolítico e subjetivo do corpo. Não se trata de uma análise simples. O processo está ancorado, de modo hegemônico, na concepção de corporeidade expressa mediante os valores do neoliberalismo, como o individualismo e a imagem a ser apresentada, que movimenta, além do consumo estético e toda cadeia associada a ele, um entendimento cultural de que cuidar do corpo e da imagem se refere a um interesse de todos, tendo o Estado um papel

importante na disseminação dessas ideias, seja através de políticas, programas ou recomendações.

A busca pela totalidade como compromisso da dialética não pode se restringir à análise dos aspectos hegemônicos do processo. De fato, as contradições e contrarrazões guardam o irreduzível que permeia os espaços revelados nos meandros da pesquisa. Ou seja, tratou-se de uma análise sinuosa e repleta de tensões, pois, ao mesmo tempo que, a PNPS, programas e recomendações revela sua importância na diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis; podemos pensá-las também, a partir de iniciativas, que visa ampliar os cuidados de si, e que objetivam o cuidado com a imagem.

O ideário da “estetização da vida”, portanto, enquanto lógica econômica, política, social e cultural, encobre uma abordagem funcionalista e conservadora que favorece a manutenção da ordem social por: culpabilizar indivíduos por sua situação de saúde, desconsiderando suas condições de vida e trabalho, determinadas pela forma de organização da sociedade capitalista e; reforçar a mercantilização da saúde, associada ao mercado da *fitness*.

Durante a pesquisa percebemos que as preocupações com o “bem-estar” possuem profunda correlação com a iniciativa privada, pois são pensadas a partir das relações de consumo, fetiche e espetacularização da imagem. Assim, a pesquisa não encerra a totalidade da temática, mas aponta caminhos para a reflexão, por exemplo, da forte expressão e associação do mercado privado no debate da “estetização da vida”. Durante o percurso percebemos que a imposição dos parâmetros estéticos, sob discurso do saudável, pode ser entendida como autoformação de uma mercadoria/imagem/subjetividade, a ser ofertado no mercado do “bem-estar” que busca por ampliação, consolidação e controle nos seus mais variados nichos e na vida social.

Fica, portanto, como questionamento: Quais estratégias e papéis do mercado do “bem-estar” desde sua criação, consolidação e controle, na definição de um padrão estético que acaba se tornando um padrão de consumo?

Definitivamente, não é uma resposta simples. O processo está ancorado, de modo hegemônico, na concepção de corporeidade expressa mediante os valores do neoliberalismo que movimenta o consumo estético e toda cadeia associada a ele. Nesse sentido, portanto, o questionamento indicado demanda investigações aprofundadas, que se debrucem sobre a conformação desse mercado que vem crescendo exponencialmente.

REFERÊNCIAS

ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

ALIAGA, L. **A objetividade do conhecimento científico**: notas gramscianas para a construção de uma concepção de ciência e de ciência política. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/v2_luciana_GX.pdf>. Acesso 08 dez. 2019.

AQUINO, S. R. F. Tolerância num mundo de “turistas” e “vagabundos”. **Cadernos Zygmunt Bauman**. vol. 4, num. 7, 2014. Disponível em [file:///C:/Users/miila/Downloads/2623-15457-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/miila/Downloads/2623-15457-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 15 de outubro de 2020.

ARAÚJO, E. M. N. **“Espelho meu, agora a mais bela sou eu”**: cartografias da história da beleza no Brasil. Publicado em 2008. 202 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

Associação Brasileira de Academias (ACAD). **Relatório Global IHRSA**: Fitness cresce no mundo e Brasil ainda sofre com a crise econômica. Revista ACAD Brasil. Agosto-Setembro. 2017. Disponível em: http://download.ihrsa.org/brasil/MATERIA_DE_CAPA_DIRETO.pdf. Acesso em 22 de set. 2020.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4ª ed. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Acesso em 14 de set. 2020.

BASTOS, W; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C.A; FERREIRA, M.S; GILBERT, A.C.D. Epidemia fitness. *Saúde Soc*. São Paulo, v.22, n.2, p.485-496, 2013.

BATISTA, P. N. O Consenso de Washington: **A visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. Caderno dívida externa n° 6. SP. Gráfica e editora Peres Ltda. 3º edição. 1995.

BAUDRILLARD, J. (1970). **A sociedade de Consumo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BAUMAN, Z. **Ética pós-moderna**. São Paulo: Paulus, 1997.

_____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **O mal-estar da Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **Vida a Crédito**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. **Vida para Consumo**: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. **Vidas Desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n17/389-394/pt>. Acesso em: 14. ago. 2020.

BERLINGUER, G. A promoção da saúde. In: _____. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

BHUYAN, K. K. **Health promotion through self-care and Community participation: elements of a proposed programme in the developing countries**. BMC Public Health, 4: 11, 2004.

BRAGA, R. Introdução. Gramsci, A. **Americanismo e fordismo**. Trad. Gabriel Bogossian. São Paulo: Hedra, 2008.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2018. 518 p. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 13. ago. 2020.

_____. **Decreto Nº 19.808 DE 03 DE ABRIL DE 2003**. Institui e regulamenta o Programa Academia da Cidade, da Secretaria Municipal de Saúde. Recife, 2003.

_____. **Entendendo o Programa Academia da Saúde**. DAB Comunica, Brasília, jan. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/Novos%20Gestores%20-ENTENDENDO%20O%20PROGRAMA.pdf>. Acesso em: 18 de ago. 2020.

_____. Ministério da agricultura, pecuária e abastecimento. Nota técnica nº 42/2-2-/DAEP/SPA/MAPA. Brasília: Ministério da agricultura, pecuária e abastecimento, 2020. Disponível em < https://ojoioetrigo.com.br/wp-content/uploads/2020/09/SEI_21000-090207_2019_56_SolicitacaoRevisaoGuiaAlimentar-Sept2020.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira promovendo a alimentação saudável**. Normas e manuais técnicos: Brasília, 2014.

_____. **Panorama Nacional de Implementação do Programa Academia da Saúde: Monitoramento do Programa Academia da Saúde, Ciclo 2017**. 1ª ed. Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf. Acesso em: 17 de nov. 2020.

_____. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica

(PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. BRASIL: MS, 2016b. Disponível em: 166 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acesso em: 25. out. 2020.

_____. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/0111472420141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>. Acesso em: 21. abr. 2020.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS, 2006a. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Revisão da Portaria MS/GM nº687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS, 2015.

_____. Secretarias de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 08. ago. 2020.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2002; 2(6):50-63. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23%281%29021.pdf. Acesso em 20 de ser. 2020.

_____. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (Orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CAMARGO JR, K. R. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013.

CAMARGO, M. **Nota técnica contra Guia Alimentar brasileiro é rejeitado pela ministra da agricultura**, 2020. Disponível em <https://jornalggn.com.br/noticia/nota-tecnica-contr-a-guia-alimentar-brasileiro-e-rejeitada-pela-ministra-da-agricultura/>. Acesso em 26 de set. 2020.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. Czeresnia, D (org.) In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

____. Viver e deixar morrer: biopolítica, risco e gestão das desigualdades. **Revista Redbioética/UNESCO**, v. 2, n. 10. 27-37, jul./dez., 2014. Disponível em: <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art3-Caponi-R10.pdf>. Acesso em: 05. ago. 2020.

CARVALHO, A. I. Saúde e Educação de base - algumas notas. *In*: FLEURY, S. et. al. (Orgs.). **Saúde em Debate**. Fundamentos da Reforma Sanitária. CEBES, 2008.p. 136-141.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s.l.]: 2004, v.9 n.3. p.669-678.

CASTELO, R.A. **O social-liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CASTIEL, D.L; SANZ-VALERO, J; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Das loucuras das razões ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2011.

CASTIEL, L. D., et. al. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiaista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1523-1532, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01523.pdf>. Acesso em: 03. set. 2020.

____.; GUILAM, M.C.R; FERREIRA, M.S. **Risco e estilo de vida saudável**. *In*: _____. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010 (Coleção Temas em Saúde).

CASTRO, A. L. de. **Culto ao corpo e sociedade**: mídia, estilos de vida e cultura do consumo. 2ª ed., São Paulo: Annablume, Fapesp, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE - CEBES. **Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1º Simpósio de Políticas e Saúde (UFF)**. [s.d.]. Disponível em: <http://cebes.org.br/.../DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2020.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. de. **As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária Brasileira**: concepção do processo saúde e doença em questão. *In*: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M.D.C. (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

COSTA, B. V. L. et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saúde Coletiva** [online]. Vol. 18, n. 1, pp. 95-102, 2013.

COSTA, M. D. H. da. **A intrínseca relação entre intersectorialidade e Promoção da Saúde**. In.: VASCONCELOS, K. E. L.; ___. (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

COUTINHO, D. **Brasil bate EUA entre países que mais realizam plásticas no mundo**, 2019. Disponível em <https://eshoje.com.br/brasil-bate-eua-entre-paises-que-mais-realizam-plasticas-no-mundo/>. Acesso em 16 de nov. 2020.

CZERESNIA, D. **O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2009.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**; tradução Estela dos Santos Abreu, Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DIAS, J. M. M. “O grande jogo do porvir1”: a Internacional Situacionista e a idéia de jogo urbano. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, v. 7, n. 2, p. 210-222, ago. 2007.

DINO. **Indústria de cosméticos dribla crise e projeta crescimento**. Disponível em <<https://exame.abril.com.br/negocios/dino/industria-de-cosmeticos-dribla-crise-e-projeta-crescimento-dino890103433131/>>. Acesso em: 02 de ago. de 2020.

FERREIRA, F.R. A estetização da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A. (orgs). **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ilhéus, Ba: Editus, 2015.

_____. **Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e Saúde Pública**. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro, março de 2006. 220p.

FERREIRA, M.S. **Agite antes de usar...** a promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física: o caso do agita São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

_____.; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C.A. A Patologização do Sedentarismo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.836-847, 2012.

FILHO, N.A. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010.

FOOG, J. M. **Uma entrevista com Paul Zane Pilzer**. BBOM. 2012. Disponível em: <https://sistemadiamantes.wordpress.com/2012/08/29/paul-zane-pilzer/>. Acesso em 21 de set. 2020.

FOUCAULT, M. (1978). **Microfísica do Poder**. 14ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREITAS, C. M. de. A. **Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde**. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

FURTADO, R. P. Do *Fitness* ao *Wellness*: os três estágios de desenvolvimento das academias de ginástica. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 12, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fe/article/view/4862> . Acesso em: 23 de ago. 2020.

GAMBARO, D. **Bourdieu, Baudrillard e Bauman: O Consumo Como Estratégia de Distinção**. Disponível em [file:///C:/Users/miila/Downloads/51444-Texto%20do%20artigo-64011-1-10-20130208%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/miila/Downloads/51444-Texto%20do%20artigo-64011-1-10-20130208%20(1).pdf). Acesso em 23 de novembro de 2020.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p.483-492, ISSN 1415-5273, 2003.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serv. Soc. Soc.** [online]. n.112, p.637-671. São Paulo, Cortez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/03.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

Guia Alimentar Para a População Brasileira, construído no âmbito das diretrizes da **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)** – aprovada no ano de 1999 e atualizada pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011.

GUIMARÃES, M. Para tirar as cidades do pronto-socorro. **Revista FAPESP**, São Paulo, n.262, p. 18-25, dez. 2017.

HANCOOK, T. **Lalonde and beyond: loonking back at a new perspective on the health of Canadians**. Health Promot, 1: 93-100, 1986.

HANSEN, R.; VAZ, A. F. “Sarados” e “gostosas” entre alguns outros: aspectos da educação dos corpos masculinos e femininos em academias de ginástica e musculação. **Movimento**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 133-152, jan./abr. 2006.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna: uma perspectiva sobre as origens da mudança cultural**. 17ª ed. São Paulo: Loyola, 2008.

____. **Espaços de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

HÉLLER, A; FEHÉR, F. **Biopolítica: la modernidade y la liberación del cuerpo**. Barcelona: Península, 1995. <https://www.revistas.ufg.br/fe/article/view/4862>. Acesso em: 23 de ago. 2020.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche; capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IGNACIO, J. **Maió de 1968: Você sabe o que foi esse movimento social?** Disponível em < <https://www.politize.com.br/maio-de-1968/>> Acesso em 12 de set de 2020.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

_____. **In the mirror of the past, lectures and addresses, 1978-1990**. Nova Iorque: Marion Boyars, 1992.

ISRAEL, Jonathan I. **Iluminismo radical – A filosofia e a construção da modernidade**. Trad. Cláudio Blanc. São Paulo: Madras, 2009.

Instituto Brasileiro em Defesa do Consumidor (IDEC). **Publicidade de alimentos não saudáveis: os entraves e as perspectivas de regulação no Brasil**. / Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Cadernos Idec – Série Alimentos - Volume 2. São Paulo: Idec, 2014.

Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). **Despesas vedadas com dinheiro da saúde**. Domingueira da Saúde, nº 27/589, 2011. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_6344_0_2011---27---589---domingueira---despesas-vedadas-com-dinheiro-da-saUde.html. Acesso em: 26. set. 2020.

KATZ, C. **Neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, socialismo**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular/Fundação Perseu Abramo, 2016.

KICKBUSCH, I.; PAYNE, L. **Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution**. Health Promotion International.vol. 18. n. 4. Oxford University Press, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dag418>. Acesso em: 24. set. 2020.

KOTAKA, L. **A mulher e a difícil relação com o corpo**. Estadão, São Paulo, 2016. Disponível em < <http://emails.estadao.com.br/blogs/luciana-kotaka/a-mulher-e-a-dificil-relacao-com-o-corpo/>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

LAURELL A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, p. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: <http://www.asacristinalaurell.com.mx/documento-para-descargar/articulos-academicos-de-asa-cristina/a-sau-de-doenc-a-como-processo-social.html>. Acesso em: 02. jul. 2020.

LEMONS, E.C. **Perfil sócio-demográfico e de estilo de vida dos usuários do Programa Academia da Cidade – Recife, PE**. 2010. Monografia de especialização em saúde pública, Departamento de Saúde Coletiva, CPAM, Fundação Oswald Cruz.

LEVIN, L.S. **Self care: lay initiatives in health**. London: Croom helm., 1977.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LIPOVETSKY, G; SERROY, J. **A estetização do mundo: viver na era do capitalismo artista; tradução Eduardo Brandão**. – 1ª ed. – São Paulo: Companhia das letras, 2015.

LIRA, C.R.S. **Estetização da saúde**: uma análise a partir da perspectiva histórico-crítica. Publicado em 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

LOBATO, S. **O poder da beleza**. Folha de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1310200310.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

LUPTON, D. **Risk**. Londres: Routledge, 1999.

LUZ, M. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v.9, 2003.

_____. **La salud en forma y las formas de la salud**: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICENO-LÈON, R.; MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.C. (Coord.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

MALTA, D.C; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017; 51 Supl 1:4s.

_____. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no conyrxto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.1. Brasília, 2009. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

MALYSSE, S. **Em busca do (h)alteres-ego**: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDENBERG, M. (Org.). Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 79-138.

MANDEL. E. **O Capitalismo tardio**. Introdução de Paulo Singer. Trad.:MATOS, C. E. S. *et. al.*, São Paulo: Abril cultural, 1982. (Os economistas).

MATHIAS, A.P; HAMMES, M.H. **O papel da mídia e da academia na busca de um corpo padrão à mulher**. Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. Rumo a uma teoria da transição. Campinas: Unicamp; São Paulo: Boitempo, 2002.

MOROZOV, E. **Big Tech**: a Ascensão dos dados e a morte da política. Brasil: Ubu, 2018.

MOTA, A. E. **Redução da pobreza e aumento da desigualdade**: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. In: _____. (Org.). Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, P.H.S. **A configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para promoção à saúde**. Publicado em 2015. 157f. Dissertação (Mestrado) – Programa

de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

NECHAR, Assuf, Patrícia. **Diversidade de Corpos: A Ascensão do Corpo Gordo Através das Artes, Redes Sociais e o Movimento Plus Size.** Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 41º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Joinville – SC, 2018. Disponível em: <http://portalintercom.org.br/anais/nacional2018/resumos/R13-1009-1.pdf>. Acesso em: 01. out. 2020.

NOGUEIRA, R.P. **Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea.** In: _____. VASCONCELOS, E. M (org). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo, Hucitec, 2011.

OAKLEY, P. **Community Involvement in Health Development: na examination of critical issues.** Genève: World Health Organization, 1989.

OLIVEIRA, M. L. de. **Estimativas para o custo da obesidade para o Sistema Único do Brasil.** Publicado em 2013. 95f., Tese (Doutorado em Nutrição Humana) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PASCHE, D.F; HENNINGTON, E.A. **O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde.** In: Castro, A; Malo, M. SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec - OPAS; 2006. p. 19-40.

PELOSO, R. **Trabalho de base: seleção de roteiros organizados pelo Cepis.** 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

PERES, J. **Associação bancada por nestlé e coca-cola tentou engavetar guia alimentar do ministério da saúde.** Disponível em <https://ojoioeotriga.com.br/2019/10/associacao-bancada-por-nestle-e-coca-cola-tentou-engavetar-guia-alimentar-do-ministerio-da-saude/>. Acesso em 10 de fev. de 2020.

POLI NETO, P; Caponi, N.C. **A medicalização da beleza.** Botocatu, v. 11, n. 23, 2007.

PRATA, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8 (2):168-175, abr/jun, 1992.

RECIFE, Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Academia da Cidade:** Nota técnica. Recife, 2009b.

ROCHA, L.M. **A expansão geográfica das academias de ginástica e musculação na RMSP: biopolítica, consumo estético e usos do território.** Publicado em 2020. Dissertação (Mestrado em Geografia humana) - Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana – PPGH, 2020.

RODRIGUES, A. T.; SILVA, K. L.; Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde**

Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.193-204, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00193.pdf>. Acesso em: 11. ago. 2020.

RONCAGLIO, C. **Os preceitos da racionalidade política, econômica e cultural da sociedade moderna**. Disponível em <http://www2.videolivrraria.com.br/pdfs/14866.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2019.

ROUANET, S.P. **Mal-estar na modernidade**: ensaios. São Paulo: Companhia das letras, 1993.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia Científica**: a construção do conhecimento. 5. Ed. rev. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. 7ª ed. São Paulo: Edusp, 2007.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 18ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2014.

SASSATELLI, R. Interaction order and beyond: a field analysis of body culture within fitness gyms. **Body & Society**, London, v. 5, n. 2-3, p. 227-248, 1999.

SCHNEIDER, A. **Fit versus fitness na carreira**. 2019. Disponível em <https://administradores.com.br/artigos/fit-versus-fitness-na-carreira>. Acesso em 02 de nov. de 2020.

SEN, A. **A Ideia de Justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. [versão on-line]. Disponível em: <http://lelivros.love/book/baixar-livro-a-ideia-de-justica-amartya-sen-em-pdf-epub-e-mobi/>. Acesso em: 25. set. 2019.

SFEZ, L. A. **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. São Paulo: Unimarco, Edições Loyola, 1996.

SILVA, A.F; NEVES, L.S; JAPUR, C.C; PENAFORTE; T.R; PENAFORTE, F. R.O. Construção imagético-discursiva da beleza corporal em mídias sociais: repercussões na percepção sobre o corpo e o comer dos seguidores. **Revista Demetra**, 2018.

SILVA, J.O; GADEA, C.A. **Quando o sanitário é estético**: a questão da saúde nas mídias. Saúde em debate, v. 33, núm. 82, 2009.

SIMIONATO, I. **Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia**: uma abordagem gramsciana. Florianópolis: Revista Katálises, v.12, n.1 2009.

_____. **O social e o político no pensamento de Gramsci**. 1998. Disponível em: <https://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>. Acesso em: 16. Ago. 2020.

SIMÕES, E. J. et al. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: a natural experiment. **Preventive Medicine**, v. 103, p. 66-72, 2017. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0091743516302900?token=79B15C77C437B>

[DF383C5DAFB8A089E9AFF7CB47858F1E71B92A2531B7F77D5A289E4A0A22E3DA23B652F54E49A232FB](https://doi.org/10.1187-1198). Acesso em: 24 de jul de 2020.

SOUSA, L. Vigorexia: **A obsessão pelo corpo perfeito**. Disponível em <<https://maisboaforma.blogs.sapo.pt/vigorexia-a-obsessao-pelo-corpo-19965>>. Acesso 10 dez. 2019.

TABET, L.P; MARTINS, V.C.S; ROMANO, A.C. L; SÁ, N.M; GARRAFA, V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde debate**. RJ, V. 41, N. 115, P. 1187-1198, OUT-DEZ 2017.

TENÓRIO, G; PINHEIRO, C. **Anorexia**: o que é, sintomas e tratamentos. Disponível em <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/anorexia-o-que-e-sintomas-e-tratamento/>>. Acesso em: 10 de jul. de 2020.

TOLEDO, E. **A legitimação da ginástica de academia na modernidade**: um estudo da década de 1980. Publicado em 2010. 257f. Tese (Doutorado em História Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

TORRI, G. *et. al.* Dor e tecnificação no contemporâneo culto ao corpo. **Pensar a Prática**. s. 1, v. 10, n. 2, p. 93 -105, set. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/1114/1672>. Acesso em 23 de set. 2020.

TRINCA, T. P. Pesos e medidas: padrões impostos comandam a tirania do corpo perfeito. **Revista Sociologia, Ciência e Vida**. São Paulo, Escala, p. 61 – 68, 2006.

VARELLA, D. **“O sedentarismo que acaba com o organismo”**. Mar, 2015. Disponível em <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/drauzio-varella-o-sedentarismo-que-acaba-com-o-organismo,87a948b49a82c410VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>. Acesso em 20 de janeiro de 2021.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface**, p. 121-126. Fevereiro. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>. Acesso em: 10. set. 2020.

VASCONCELOS, K.; SCHMALLER, V.V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun. 2011.

_____.; SCHMALLER, V.P.V. “Nem tudo que reluz é ouro”: considerações sobre a (Nova) Promoção da Saúde e sua relação com o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Campina Grande: **Sociedade em Debate**, 2017.

_____.; SCHMALLER, V. P. V. **Promoção da Saúde**: polissemias conceituais e ideopolíticas. *In.*: VASCONCELOS, K. E. L.; _____. (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

_____. **Promoção da Saúde e Serviço Social**: uma análise do debate profissional. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

WANDERLEY, L.E.W. **Sociedade civil e Gramsci**: desafios teóricos e práticos. n. 109. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, 2012.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WHO. Department of Health Promotion. **The WHO Global Initiative on Active Living**. Geneve: WHO; 1999.
http://www.who.int/moveforhealth/publications/mfh_gialwhorev2.pdf. Acesso em 20 de jul. de 2020.

_____. **Jakarta Statement on Active Living**. Jakarta: WHO; 1997b.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/statements/active_living/en/print.html. Acesso em 25 de jul. de 2020.

WITT, J.S.G.Z; SCHNEIDER, A.P. **Nutrição Estética**: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. Rio de Janeiro. V. 16, N.9, 2011.

XAVIER, A.B. **A política neoliberal de promoção da saúde como instrumento de consenso em torno do novo projeto neoliberal**. In: Contarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde. Orgs: SILVA, A.X; NÓBREGA, M.B; MATIAS, T.S.C, Campina Grande: EDUEPB, 2017.

_____. **Política nacional de promoção da saúde e social-liberalismo**: contradições e confluências conceituais, ideológicas e políticas. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.