UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

MARIA REGINA CARIELLO MORAES

Autocuidado e gestão de si:
Hábitos saudáveis na mídia impressa semanal

V. 1

São Paulo
2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Exemplar original

Autocuidado e gestão de si:
Hábitos saudáveis na mídia impressa semanal

MARIA REGINA CARIELLO MORAES

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Sociologia.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA HELENA OLIVA AUGUSTO

V. 1

São Paulo

2014

Para minha mãe, Têre.

RESUMO

Nas últimas décadas, assistimos ao aumento da preocupação com a saúde e à consolidação da concepção de que ser saudável depende tão somente da sistematização dos hábitos cotidianos e de comportamentos considerados corretos para manter a longevidade. A adoção de um estilo de vida saudável padronizado por critérios científicos vem se tornando, aparentemente, uma obrigação que independe da escolha voluntária, tamanha é a pressão social que demanda do indivíduo autocuidado. A propalada concepção de saúde enquanto amplo bem-estar inclui a adoção de hábitos preventivos que mantenham a saúde física e mental pelo máximo número de anos, de preferência conservando a beleza, o bom humor e a disposição produtiva da juventude. Ao mesmo tempo evidencia-se uma nova moralidade pautada nos riscos de saúde, na qual a responsabilidade sobre o próprio adoecimento condena os não saudáveis à condição de irresponsáveis e desviantes.

O objetivo desta tese é problematizar a retórica acerca da vida saudável, a partir do noticiário semanal veiculado em revistas brasileiras de variedades, procurando identificar o que poderia ter contribuído para a sobrevalorização da saúde como norteadora dos comportamentos. Do ponto de vista da discussão efetuada, o atual ideário de saúde e bem-estar é resultado de um processo abrangente, de âmbito mundial, que envolve tanto aspectos macroeconômicos como modificações nos valores culturais que confluíram para a legitimação da responsabilidade individual por todas as condições de existência, inclusive por aquelas advindas das circunstâncias sociais. O autocuidado em matéria de saúde seria parte de uma conduta racional de gestão de si, como se o indivíduo fosse uma empresa, legitimada como ideal de bem-viver, que pressupõe a autodisciplina corporal e emocional para maximização da vitalidade ou do capital humano. O indivíduo passa a ser, ele próprio, objeto de trabalho para alcançar uma vida melhor e mais longa, que, de acordo com o noticiário, estaria apenas nas mãos de cada um.

PALAVRAS-CHAVE

Autocuidado; Gestão de si; Estilo de vida saudável; Sociologia da saúde; bem-estar

ABSTRACT

In recent decades we have witnessed the increasing concern about health and the consolidation of the view that being healthy depends solely on the systematization of daily habits and supposedly correct behaviors to maintain longevity. The adoption of a healthy lifestyle based on scientific criteria has become, apparently, an obligation that is independent of voluntary choice, such is the social pressure imposed to the individual by the self-care demand. The broad conception of health as wellness includes taking preventive habits to keep physical and mental health for as long as possible, preferably by retaining beauty, good mood and the productive energy of the youth. At the same time there is evidence of a new morality based on health risks, in which taking the responsibility for one's own illnesses condemns the unhealthy ones to be considered irresponsible and devious.

The objective of this thesis is to problematize the rhetoric about healthy living, based on empirical research on the weekly news of Brazilian varieties magazines. We try in this work to identify the factors that might have contributed to the overvaluation of health in its role of determining behaviors. From the point of view of the discussion made, the current ideals of health and wellness are the result of a worldwide comprehensive process, involving both macroeconomic issues and changes in cultural values that led to the legitimization of individual responsibility for all his conditions, even those stemming from social circumstances. Self-care in health would be part of a rational conduct of self-management that extends the enterprise logic to the individual behavior and is legitimized as an ideal of good living, which presupposes the body and the emotional self-discipline to maximize vitality or human capital. The individual works on himself to achieve a better and longer life, which, according to the news, would be each one's responsibility.

KEYWORDS

Self care; Self administration; Health life style; Sociology of health; Wellness

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Profa. Maria Helena Oliveira Augusto pelo voto de confiança inicial, por sua cumplicidade e paciência, por suas sugestões e críticas, pelo constante incentivo com que orientou o trabalho.

Aos professores José Carlos Bruni e Sérgio Adorno, por seus questionamentos e pela generosidade de dicas fornecidas no exame de qualificação. Em especial ao Prof. Sérgio, por seu maravilhoso curso sobre Foucault. Também registro minha homenagem ao Prof. Antonio Flávio de Oliveira Pierucci, falecido em 2012, vinte dias antes do referido exame, com o qual havia se comprometido, e que deixou, além de muitas saudades, ideias valiosas que contribuíram para a presente tese.

Entre tantas pessoas que me acompanharam nesta longa jornada, primeiramente, sou profundamente grata pelo apoio, carinho e atenção da minha mãe, sempre presente durante o doutorado. Em segundo lugar, não tenho palavras para agradecer a dedicação e o estímulo de Alexander de Freitas, colo amigo de todas as horas, que, além de contribuir muitíssimo com sua interlocução inteligente e aguçada, teve a paciência de fazer uma leitura detalhada e atenciosa do texto, fundamental para o redirecionamento de várias questões.

Outras colaborações intelectuais que não poderiam deixar de ser mencionadas: Juliana Andrade, Maíra Volpe, Mariana Thibes e Pedro Mancini, integrantes do nosso delicioso grupo de estudos sobre individualismo e sociabilidades contemporâneas, cujas leituras e discussões foram essenciais para a análise efetuada. Também sou grata a Leonardo Masaro e Mariana Thibes pelo resumo em inglês, e aos amigos José Caldeira, Leila Marrach, Liliam Victorino, Mirian Ribeiro, Túlio Rossi e Cleto Abreu, que de algum modo participaram com ideias, críticas e sugestões.

Por fim, agradeço à Profa. Ana Paula Hey, do Laboratório de Ensino de Sociologia da USP, pela solidariedade e incentivo, à Érica Rocha e Gustavo Barbosa da Secretaria de Sociologia, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de doutorado concedida.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANER - Associação Nacional de Editores de Revistas

DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil

DALY - *Disability-adjusted life-years*

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FEBEM – Fundação Estadual para o Bem-estar do Menor

FDA – *Food Drugs Administration (USA)*

HeaLY - *Healthy life-year*

HC – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMC – Índice de Massa Muscular

IVC - Instituto Verificador de Circulação

MPH – Movimento do Potencial Humano

MS - Ministério da Saúde

NP – Novo Pensamento

NIH – *Nacional Institute Health (USA)*

NSP - Nova Saúde Pública

NUPAF - Núcleo de Pesquisa em Atividades Físicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC - Política Nacional para as Práticas Integrativas e Complementares

PROGER - Programa de Geração de Emprego e Renda

QALY - *Quality-adjusted life-years*

SESI – Serviço Social da Indústria

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

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

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

SUMÁRIO

Apresentação	p. 10
Capítulo 1. A “boa saúde” no Brasil: a história que as revistas contam	p. 17
1.1. Primeira fase de pesquisa (1988-1998): a construção do ideário de bem-estar e qualidade de vida	p. 21
1.2. O desenvolvimento dos principais temas da vida saudável durante a década de 1990	p. 34
Alimentação e sedentarismo	p. 34
Beleza e estética corporal	p. 37
DCNT e envelhecimento	p. 38
Doenças psíquicas e disposição mental	p. 40
Medicinas alternativas e práticas integrativas complementares (PIC)	p. 45
1.3. Segunda fase de pesquisa (1999-2008): a consagração dos hábitos saudáveis e do bem-estar como saúde	p. 48
1.4. Para seu próprio bem: o inquérito telefônico sobre a saúde da população	p. 57
1.5. Algumas considerações sobre os noticiários das duas fases	p. 70
Capítulo 2. Hábitos de autocuidado no noticiário semanal de saúde do século XXI ..	p. 77
2.1. As máximas do bem-estar e da vida longa (e útil) nas capas	p. 78
Você é o que come: nutrição balanceada e redução da obesidade	p. 79
O preguiçoso é um fraco: atividades físicas e lazer ativo	p. 82
Só é feio quem quer: beleza estética e autoestima	p. 88
Faça sexo, é bom para a saúde	p. 91
Viva mais e melhor: ativo até os 100 anos	p. 94
Sono e vigília: descansar e exercitar o cérebro para produzir melhor	p. 96
Quem não se cuida atenta contra a própria vida	p. 97
2.2. O autocontrole emocional para o desempenho produtivo	p. 99
A administração das emoções	p. 101
Não fique nervoso, a raiva adocece: estresse e agressividade	p. 105
Depressão: o grande mal da alma	p. 110
Ansiedade e fobias	p. 116
O corpo é reflexo da mente: disposição mental e autoaperfeiçoamento emocional	p. 123
2.3. Tome meditação para todos os males	p. 132

Capítulo 3. Autocuidado e autoaperfeiçoamento: raízes religiosas e processo de secularização	p. 147
3.1. Autoaperfeiçoamento e racionalização da vida cotidiana na perspectiva de Weber	p. 150
3.2. A herança ascética na racionalização prática do corpo	p. 158
3.3. Reformadores puritanos: a virtude expressa na aparência saudável	p. 168
3.4. Literatura de autoajuda e psicologia popular: o culto ao poder mental	p. 173
3.5. Sociedade de consumo e descontentamento do <i>Eu</i>: aperfeiçoamento de si e cuidado com a própria aparência	p. 180
3.6. O desenvolvimento da cultura psicológica no século XX	p. 185
3.7. A revitalização da moralidade sanitária	p. 193
3.8. Políticas mundiais de saúde e individualização dos riscos	p. 202
3.9. Estilo saudável e racionalização prática da vida cotidiana por critérios científicos	p. 210
Capítulo 4. Autocuidado e gestão de si no <i>Ethos terapêutico</i> contemporâneo	p. 219
4.1. A conduta saudável e as regras do <i>ethos terapêutico</i>	p. 224
4.2. A saúde como governo dos corpos e das almas	p. 234
4.3. Investindo no próprio capital humano	p. 241
4.4. O cérebro é o espírito: a ascensão das neurociências e a medicalização da alma	p. 253
4.5. Gestão de si e cuidado de si	p. 265
Conclusão	p. 275
Referências	p. 281
Anexo I – Capas sobre saúde e bem-estar – VEJA, ISTOÉ, ÉPOCA – 1988-2011 ..	p. 292
Anexo II – Quadros e gráficos	p. 307
Anexo III – Tabelas de dados do levantamento VIGITEL - 2006-2011	p. 318
Anexo IV – Algumas imagens sobre saúde e bem-estar	p. 322

Apresentação

Os hábitos saudáveis vêm se tornando, aparentemente, uma obrigação social que independe da escolha voluntária. Não seria exagero dizer que há uma pressão generalizada demandando do indivíduo autocuidado, com o significado de gestão da própria saúde mediante a ação autodisciplinar sobre o corpo e a mente. A proliferação de conselhos e advertências para evitar o adoecimento por meio de cuidados individuais pode ser observada não somente nos diversos meios de comunicação de massa; atualmente faz parte das políticas públicas do Ministério da Saúde, bem como das políticas empresariais de saúde do trabalhador. O objetivo das insistentes campanhas informativas é a promoção de saúde e a diminuição de mortalidade por doenças crônicas que, supostamente, poderiam ser evitadas pelo “bom” comportamento. Certamente, isso deve ser percebido como positivo por grande parte da população, na medida em que, conforme se acredita, a abundância de informação propiciaria a vida saudável aos cidadãos que se propuserem a seguir “corretamente” as regras estabelecidas pelas pesquisas científicas. Por outro lado, evidencia-se uma nova moralidade pautada na saúde, na qual as cobranças pela responsabilidade individual sobre o próprio adoecimento adquirem ares de coerção social, condenando os não saudáveis à condição de irresponsáveis e desviantes.

A concepção contemporânea do que é ser saudável inclui a adoção de um modo de gerenciar a vida que mantenha a saúde física e mental pelo maior número de anos possível, de preferência conservando a beleza, o bom humor e a disposição produtiva da juventude. Alimentação “adequada” e atividades físicas como propulsoras de saúde não são ideias novas - em períodos históricos anteriores, estiveram vinculadas a condutas religiosas, a movimentos higienistas ou fizeram parte do disciplinamento dos corpos do operariado. Mas, na atualidade, os “maus” hábitos alimentares, o sedentarismo e algumas emoções (basicamente mágoa, tristeza, raiva e ansiedade) alcançaram total centralidade no papel de causadores de doenças. O dever individual de autocuidado preventivo e o dever de buscar bem-estar como fonte de “boa saúde”¹ passaram a ser regras sociais.

O interesse pela vida saudável como tema de pesquisa surgiu da observação cotidiana da mudança de hábitos de cada vez maior número de pessoas. Olhando ao redor, de repente mesmo sedentários convictos ou indivíduos avessos aos cuidados de saúde começavam a

¹ O jargão “boa saúde” tornou-se comum, por incrível que possa soar, pois indica uma valoração da saúde. Não bastaria ter saúde: haveria uma “boa saúde”. Assim também os “bons hábitos” estão sempre vinculados à busca de ótima saúde.

pensar seriamente numa programação de ginástica, dieta e abandono do consumo de substâncias consideradas nocivas à saúde: tabaco, álcool, carne, sal, açúcar, frituras e outros tantos anunciados vilões. Nas academias e espaços de ginástica, era comum ouvir “missão cumprida” ou “dever cumprido” de algumas pessoas, quando terminavam de exercitar-se. Os meios de comunicação, mesmo jornais e semanários preferencialmente dedicados aos assuntos políticos e econômicos, como as revistas de atualidades, noticiavam incessantemente que a saúde dependia do comportamento cotidiano. O que teria acontecido para tamanha modificação nos valores de saúde? Foi essa a pergunta que nos incitou à pesquisa. Havia uma curiosidade por compreender a transformação dos hábitos por motivo de saúde, o que, antes da pesquisa, parecia ser um fenômeno muito novo.

A pesquisa bibliográfica revelou que, na realidade, os hábitos de cuidado com o corpo e as emoções para prolongar a vida possuem uma antiga história no Ocidente. Mais recentemente, a hiperpreocupação com a prevenção de doenças decorreu de uma cruzada sanitária pela modificação de comportamentos e implantação de um estilo de vida saudável, iniciada na década de 1970, no Canadá e nos EUA. Nas décadas seguintes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu a liderança da luta contra os maus hábitos, estabelecendo políticas públicas mundiais de promoção de saúde fundamentadas na intervenção pedagógica sobre o modo individual de viver, que chegaram à América Latina nos anos 1990. A pesquisa empírica, por sua vez, indica que, no Brasil, as noções de bem-estar e vida saudável começaram a circular mais intensamente após 1995, cristalizando-se na primeira década do século XXI. Possivelmente, agora já interferem nos costumes e nas relações sociais de parte da população brasileira, ao constituir normas e padrões de “condução da vida legítima” tendo por referência a saúde.

Do ponto de vista desta tese, a adoção de hábitos saudáveis faz parte de um ideal de conduta necessário para o atual funcionamento da economia e da saúde pública, conduta tratada aqui como *gestão de si* como um empreendimento, que se propagou para toda a sociedade a partir de sutis convocações das instituições governamentais, das empresas e das diversas mídias. Tanto a gestão empresarial quanto a gestão da saúde coletiva se esforçam, desde os anos 1990, para produzir indivíduos autônomos e responsáveis que gerenciem a si mesmos, assumindo a responsabilidade pelos próprios riscos na saúde e no trabalho. A nova economia flexível exige indivíduos consumidores “livres” da tutela institucional, que arquem sozinhos com o ônus da própria vida. Da mesma forma, as metas pedagógicas das “políticas

saudáveis”² pressupõem um indivíduo autossuficiente, que evite custos para o Estado. Há um vigoroso *marketing* social acerca do desenvolvimento de autonomia e responsabilidade individuais, propaganda que, no entanto, não sobreviveria sem bases culturais mais sólidas.

Embora a popularização desses comportamentos tenha sido deflagrada também por necessidades econômicas de redução de custos dos Estados e de empresas, a legitimação do dever de cuidar da própria saúde e de administrar-se racionalmente, intervindo em si próprio para a criação de hábitos saudáveis duradouros, de um modo geral, está apoiada em processos culturais mais complexos, que nos interessa averiguar. Desse modo, o foco de nossa investigação está na constituição da legitimidade do dever de autocuidado e da adoção de hábitos saudáveis como parte de uma conduta individualista do “cada um por si”, que inclui o autocuidado e a administração das próprias emoções, reforçada pelas mais diversas instituições. O novo código de comportamento sobre saúde e bem-estar presume o poder individual para manter-se saudável e independente³ em todas as instâncias da vida, prescindindo de auxílio institucional público, privado ou íntimo (família, amigos, etc.) para a sobrevivência, e acaba impondo a *gestão de si* e o autocuidado como modos normativos de conduta. Hoje em dia, ocupar-se consigo, com seu corpo, psique ou aparência estética, cultivar a autoestima e buscar a condução autossuficiente da vida são considerados modos corretos de viver. Cuidar da própria saúde e emoções, evitando o adoecimento, é também uma ação que ostenta na fachada a superioridade moral de preservação e prolongamento da vida, como um fim em si mesmo, como valor sagrado, mas que tem por principal objetivo os interesses pessoais e o investimento em si próprio, como capital humano.

Contudo, esses modos específicos de conduzir-se não foram implantados imediatamente. Tampouco foi aceito facilmente o dever de automonitoramento e de transformação dos hábitos, sobretudo quando se considera restrições alimentares antes extremamente rejeitadas - a mesa sem carnes, sem gordura, com um mínimo de sal e de açúcar - ou a disciplina de exercícios físicos e mentais frequentes, seja para reduzir colesterol, seja para adquirir autocontrole e relaxamento. Aconteceu um processo histórico de construção social da visão de saúde enquanto bem-estar⁴, de corpo físico integrado com o psíquico e de

² Assim foram denominadas as políticas públicas mundiais de promoção de saúde da população, após 1986, quando foi realizada, em Ottawa, a *I Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde*.

³ Citamos como exemplo a mensagem do diretor da OMS, Hiroshi Nakajima, que em 1998 dizia: “Nós estamos lentamente aprendendo uma das mais importantes lições de vida: não apenas como viver muito, mas também como permanecer longo em boa saúde com menos dependência dos outros” (OMS, 1998b, p.V).

⁴ No século XIX, o termo *bem-estar* referia-se ao conforto material. Durante o século XX, o sentido de bem-estar adquiriu cada vez mais conotação psicológica de calma e paz de espírito. Nos anos 1980, a OMS realizou modificação conceitual transformando oficialmente bem-estar em sinônimo de saúde otimizada, que inclui os

doenças causadas por mau comportamento, que importa investigar, desenrolando do passado a composição da singularidade do presente.

Nessa direção, o objeto desta pesquisa é o processo de construção das novas concepções sobre corpo, saúde e bem-estar entre 1988-2008 na grande imprensa semanal, representada pelas três revistas nacionais de maior circulação (VEJA, ÉPOCA e ISTOÉ). O objetivo foi a recomposição do histórico brasileiro de assimilação do ideário propagado mundialmente, que atribui valor supremo à saúde, ao bem-estar e ao autocuidado. Enfocou-se a ampliação do conceito de saúde biológica para bem-estar no plano físico e psíquico, e a aceitação da concepção de interferência das emoções na vitalidade.

Provavelmente, essas ideias não atingem todos os brasileiros da mesma maneira, mas o que se procurou investigar foi a propaganda midiática e os argumentos utilizados para conferir legitimidade ao receituário de saúde. Os hábitos saudáveis serão traçados conforme a representação padronizada transmitida nos meios de comunicação de grande porte, idealizada, portanto, e muito difícil de encontrar na realidade concreta, embora seja possível que norteie a conduta de parte dos leitores, no caso das revistas escolhidas para a investigação. As notícias revelam quais as novas regras de saúde, quais os benefícios oferecidos para a adesão e suas afinidades com as necessidades de autogerenciamento racional do corpo e da psique derivadas dos novos modelos de gestão administrativa.

Nos dois primeiros capítulos, serão apresentados os resultados da pesquisa empírica sobre as recomendações de hábitos saudáveis propaladas nas revistas. O acompanhamento de duas décadas de reportagens possibilitou um mapeamento das transformações da mentalidade de saúde, cuja interpretação certamente não se esgota nesta tese. O esforço empreendido no levantamento desse material serve, principalmente, como ponto de partida para novas pesquisas, inclusive para outros pesquisadores. O universo apresentado pelo noticiário semanal é riquíssimo e não seria possível abrangê-lo no espaço de uma tese de doutorado. De maneira que, embora a conduta saudável tenha sido abordada de modo geral, a interface entre emoções e saúde foi o assunto escolhido como eixo principal, bem como as orientações acerca do autocontrole emocional como meio de garantir a longevidade sem doenças e a realização de projetos pessoais.

A coleta e análise das notícias de VEJA e ISTOÉ, de 1988 a 1998, relatada no primeiro capítulo, teve como prioridade descobrir quando a mentalidade de sobrevalorização da saúde começou a repercutir na grande imprensa brasileira e quais as diferenças entre as

aspectos psíquicos. Utilizaremos a palavra bem-estar com esse significado de “mais-que-saúde”, no plano físico e psíquico, que aparece nas mídias como estar bem disposto e com grande ânimo para viver.

recomendações atuais e as das décadas passadas. O capítulo seguinte, por sua vez, dedica-se à narrativa da vida saudável, especialmente em seus aspectos psíquicos, segundo os preceitos encontrados nas capas de VEJA, ISTOÉ e ÉPOCA, de 1999 a 2008.

De acordo com as informações obtidas na revisão de literatura acadêmica sobre os hábitos de saúde, muitas das prescrições não são inéditas, e estiveram sob a alçada religiosa por período histórico extenso, tendo se deslocado durante os séculos XIX/XX. As heranças da religião na racionalização da vida prática e o processo de secularização dos hábitos de autocuidado, operado com a colaboração de diversos saberes - psicologia, literatura de autoajuda, *marketing*, terapias holísticas e epidemiologia -, serão explorados no terceiro capítulo. Nos países europeus e norte-americanos, o autoaperfeiçoamento religioso para efeito de salvação, que incluía os hábitos de cuidado com o corpo e a mente, foi cedendo lugar a outro tipo de conduta de autoaperfeiçoamento “mundano”, no qual o cuidado da aparência corporal e a transformação psicológica da personalidade ganharam predominância para alcançar sucesso. Assim, principalmente na segunda metade do século XX, foram se delineando novas concepções acerca de como ser, agir, pensar a si mesmo e se relacionar, legitimando um modo ao mesmo tempo administrativo e terapêutico como ideal de bem-viver.

Desde os anos 1980, os hábitos de comportamento são cada vez mais apontados como causadores de doenças, ocorrendo uma reabilitação cultural de métodos tradicionais de autocuidado, como a alimentação e o controle das emoções, dentro do chamado estilo de vida saudável. Ao mesmo tempo, ocorreram alterações conceituais no que se entende por saúde física e mental⁵, que passaram a dirigir as políticas populacionais do mundo inteiro, elevando a promoção de saúde à prioridade máxima dos Estados, com a finalidade de garantir o aumento da expectativa de vida, bem como de incumbir o indivíduo do próprio cuidado. As novas noções possibilitaram que a *gestão de si* – corpo, mente e sentimentos – de forma racional e eficiente, tal qual advoga a ciência gerencial para as empresas, se tornasse também uma questão de saúde, motivação suficientemente forte, na nossa visão, para compelir os indivíduos ao autocuidado e ao autoaperfeiçoamento requeridos pelo mercado profissional.

Por fim, na tentativa de elucidar a visão de mundo subjacente à disseminação do estilo de vida saudável como regra de conduta, traçaremos, no quarto capítulo, os tipos ideais de

⁵ No senso comum, *saúde mental* por muito tempo esteve ligado a problemas de incapacidade intelectual e loucura. Na área da saúde pública, entretanto, desde a década de 1970 o termo inclui a dimensão dos afetos, sentimentos e emoções, e envolve o tratamento de distúrbios psíquicos de pessoas “normais”, como depressão, estresse e ansiedade. É com esse significado que será empregado, pois é assim que aparece nas revistas. Ademais, atualmente, com a divulgação nos meios de comunicação, talvez esse significado esteja mais assimilado pela sociedade.

ethos terapêutico e gestão de si que vigoram atualmente. Procuramos comparar as recomendações encontradas nas revistas com os antigos tratados dietéticos, sobretudo no que diz respeito ao autocuidado emocional e mental. Após averiguar algumas rupturas e continuidades da vida saudável contemporânea com relação ao passado, levando em conta a modificação dos objetivos e dos benefícios individuais, visitaremos algumas teorias que contribuem para a análise da supervalorização da saúde e da longevidade como objetivos prioritários de vida. As noções foucaultianas de biopolítica e capital humano serão aplicadas para tentar entender os fatores que facilitaram o cálculo do valor monetário do indivíduo pela avaliação das qualidades subjetivas e saúde corporal.

As concepções de bem-estar e promoção de saúde ganharam força biopolítica de interferência direta sobre o comportamento dos corpos, mediante a pedagogia do autocuidado, e também sobre o modo de pensar e sentir, à medida que o estilo de vida foi sendo considerado o principal vilão da saúde e as interferências emocionais começaram a ser percebidas como perigo potencial. Essa perspectiva foi atualizada por Nikolas Rose, que discute as nuances das novas formas de governo (de si e dos outros) que se apoiam na psicologia, na biologia, na saúde e, mais recentemente, nas neurociências, e a emergência de uma ética da autonomia e da responsabilidade individuais, ao mesmo tempo “ética somática” pautada em direitos e deveres de “cidadania biológica”, e que tem afinidades eletivas com uma economia das vitalidades e com o mercado de biocapital, desenvolvidos nos últimos tempos.

Duas hipóteses, a nosso ver complementares, serão perseguidas no decorrer do texto e aplicam-se ao problema em questão. A primeira delas é que o papel de regulação moral⁶ dos comportamentos, exercido antes pela religião, está, atualmente, encontrando seu sucedâneo na saúde enquanto bem-estar. Em segundo lugar, a exigência social do estilo de vida saudável acabou criando uma situação de diferenciação moral e prestigiosa para os indivíduos que seguem as regras de saúde, estigmatizando, de certa forma, aqueles que ousam recusá-las.

É importante esclarecer que não se pretende uma explicação total para os acontecimentos, nem a definição de uma única causa. Via de regra os fenômenos culturais resultam de uma constelação de fatores diversos que interagem de maneira inesperada provocando uma situação singular. Por isso, o problema de pesquisa não será analisado

⁶ Moral, nesta tese, tem o sentido de coerção social mediante o estabelecimento de valores que definem o que é bom e o que é mal, o que é certo e errado, e de regras de conduta mais ou menos consensuais que delimitam o que é normalidade, o que é desvio. Não aderir às regras vigentes pode colocar o indivíduo à margem do seu meio social.

apenas do ponto de vista econômico, mas também pelo prisma de outras intersecções culturais. A reflexão que empreenderemos tem a intenção, sobretudo, de ampliar a discussão sobre o autocuidado nas sociedades urbanas e desestruturar a ideia quase “naturalizada” de responsabilização do indivíduo pelo adoecimento, enquanto a cristalização desses conceitos ainda é relativamente recente.

Enfim, o desafio a que se propõe esta tese é abordar a transformação dos valores de saúde e bem-estar por intermédio das mensagens veiculadas na grande imprensa. Para tanto, discutiremos a reciprocidade entre eventos culturais paralelos, que se alimentaram mutuamente, convergindo para a transformação dos costumes em direção à responsabilização do indivíduo pela administração racional de si mesmo e pelo prolongamento da sua vida útil. Por meio da exploração de possíveis correlações entre processos ocorridos em esferas distintas, procuraremos refletir sobre o que teria contribuído para a aceitação cultural do novo ideário de bem-estar e para a legitimação de concepções e preceitos definidores do que é ser saudável no momento histórico atual.

1. A “boa saúde” no Brasil: a história que as revistas contam

O primeiro capítulo será destinado à apresentação dos aspectos metodológicos da pesquisa empírica, bem com a uma exploração mais geral da situação encontrada no campo escolhido. Como fontes de informações primárias foram utilizadas notícias publicadas nas três principais revistas brasileiras semanais: VEJA, ISTOÉ e ÉPOCA⁷, entre 1988 e 2008. A princípio, era esperado um crescimento da divulgação sobre hábitos saudáveis somente nos primeiros anos do milênio. Como será exposto, esse processo teve início antes, em meados dos anos 1990, o que aumentou consideravelmente o volume de notícias. Não foram poucas as dificuldades para reunir os dados coletados de uma maneira minimamente inteligível. Diante de tamanha quantidade e diversidade de notícias encontradas, alguns temas mais emblemáticos da vida saudável foram destacados, porém, o recorte escolhido, entre tantos outros possíveis acerca da exacerbação da atenção à saúde, foi a acentuada importância atribuída atualmente aos aspectos emocionais para evitar o adoecimento do corpo físico.

As revistas de atualidades são meios pelos quais as informações sobre saúde e autocuidado circulam no dia a dia, indicando a transformação dos valores que se pretende estudar. As justificativas para a escolha dessas três revistas são, primeiramente, a possibilidade de pesquisa em arquivos de décadas⁸, importantes recursos de informação sobre o processo de construção do ideário de bem-estar; em segundo lugar, essas revistas geralmente têm uma reputação mais associada à informação do que ao entretenimento, servindo de intermediárias entre as explicações científicas e o grande público; por último, chamou a atenção a visibilidade crescente de assuntos de saúde, bem-estar, beleza e comportamento emocional nas capas desse tipo de revistas. Temas antes restritos a publicações mensais - revistas especializadas ou revistas femininas -, invadiam jornais e semanários, no século XXI, indicando a crescente valorização dos hábitos preventivos e da busca de bem-estar psíquico na grande mídia, reflexo do que ocorria na sociedade brasileira.

O período pesquisado tem início em 1988, ano em que foi discutida e promulgada a Nova Constituição brasileira, com grande impacto nas políticas nacionais de saúde, e estende-

⁷ VEJA é a maior, mais antiga (desde 1968) e considerada a mais conservadora, pelas posições que manifesta. Embora seja a mais nova (desde 1998), a revista ÉPOCA, pertencente às Organizações Globo, é a segunda maior em circulação. A revista ISTOÉ da Editora Três é a terceira em números de circulação e concorre com VEJA desde 1976.

⁸ As notícias de VEJA foram obtidas do acervo digital da revista. As reportagens de ISTOÉ (1999 a 2008) e ÉPOCA (2003 a 2008) estão disponíveis também na Internet. Para a pesquisa de ISTOÉ 1988-1999 e ÉPOCA 1998-2002, foi necessário consultar arquivos impressos de bibliotecas (PUC/SP, USP). A coleta das notícias foi realizada entre 2010 e 2012.

se por vinte anos de Sistema Único de Saúde (SUS) até 2008, quando já estava estabelecida a nova visão de saúde, em que era admitida a influência de fatores emocionais, bem como legitimadas a necessidade de autocuidado preventivo e a noção de corpo biopsíquico, tais como são entendidas hoje, com poucas modificações desde então. A delimitação temporal 1988-2008 deve-se à necessidade de estudar um período histórico mínimo, porém extenso o suficiente para captar as transformações desde sua forma embrionária até a implantação de políticas governamentais embasadas nos novos conceitos, tais como, por exemplo, o *Programa Mais Saúde – PAC: Saúde, direito de todos*⁹, lançado em 2007, por ocasião da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, e implantado em 2008 (Cf. MS, 2008).

Entre outras possibilidades de investigação empírica do problema, as grandes revistas são representativas das campanhas público-privadas para formação de indivíduos saudáveis e da retórica que passou a ser predominante sobre saúde. Pretendem ser informativas e formadoras de opinião, apresentam-se como jornalísticas e compromissadas com a realidade dos fatos, sendo, por isso, dignas de mais credibilidade. A realização de vendas principalmente por assinaturas (entre 75% e 90%)¹⁰ indica certa relação de fidelidade com seus leitores (Cf. MARTINS, 2008). Trata-se de assinantes que procuram conservar, pois, além de conferirem prestígio a esses meios de comunicação, atraem anunciantes. Portanto, ao menos junto aos assinantes, essas revistas gozam de credibilidade. Somadas as assinaturas, vendas e circulação em consultórios, cabeleireiros e salas de espera em geral, pode-se dizer que as informações veiculadas por essas revistas atingem contingente considerável da população.

Pelo que contam as revistas em seus sites, seus leitores possuem forte potencial de consumo de bens e serviços e poder aquisitivo acima da média da população¹¹. Grande parte

⁹ Um dos pontos relevantes desse Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) é a promoção de saúde e a atenção básica, que incluem a educação e o incentivo aos hábitos saudáveis. Outros pontos são: gestão, trabalho e controle social; ampliação do acesso com qualidade; desenvolvimento e inovação em saúde.

¹⁰ Conforme o Instituto Verificador de Circulação (IVC), que mede a circulação das publicações, em 2007: VEJA tinha 1,2 milhões de leitores, dos quais 75% eram assinantes; ÉPOCA tinha 477 mil leitores, dos quais 76% eram assinantes; ISTOÉ 390 mil leitores, dos quais 77% eram assinantes (Cf. PRADO, 2007). Segundo dados atualizados da Editora Abril (PUBLIABRIL, 2013), em 2012, VEJA teve tiragem semanal de 1,183 milhão leitores, cerca de 76% de assinantes. As informações da Editora Globo sobre a revista ÉPOCA (Mídia Kit 2012) apontam uma circulação de cerca de 400 mil exemplares em 2011, 89% de assinaturas. A Editora Três afirma que a circulação média de ISTOÉ, em 2012, ficou em torno de 360 mil exemplares, sendo 92% de assinantes (Mídia Kit ISTOÉ 2013).

¹¹ Com relação ao poder de consumo, ÉPOCA (Mídia Kit 2012), por exemplo, diz que cerca de 80% dos seus leitores possuem celular, cartão de crédito, automóvel, microcomputador e acesso à Internet. ISTOÉ (Mídia Kit 2013) diz que entre seus leitores, cerca de 75% possuem casa própria, frequentam restaurantes, fazem compras em shoppings, viajam e tem interesse em beleza e estética; 28% possuem subordinados e 90% se interessam por

do leitorado reside na região sudeste do país, a maioria tem formação universitária ou está cursando nível superior¹². Essas informações das próprias revistas podem ser puramente mercadológicas, porém indicam o perfil do leitor que almejam atingir: um público diferenciado econômica e socialmente. No entanto, apesar da alta graduação educacional em comparação com a média da população anunciada por ÉPOCA e ISTOÉ, pode-se afirmar que o leitor típico das três revistas não possui alto capital cultural, nos termos definidos por Bourdieu (2003, 2007). As notícias são de leitura fácil e rápida, muito redundantes e sem conteúdo substantivo ou suficientemente crítico para agradar a um leitor mais exigente.

É importante explicar que a investigação da recepção das notícias junto aos leitores, verificando se interferem de fato na vida individual, não foi intento da nossa pesquisa. Nosso interesse está nas notícias enquanto documentos pelos quais se pode apreender o ideário de saúde e bem-estar e o funcionamento cultural mais abrangente, que os engloba. Constituem literatura que oferece um panorama de época e que revela o processo brasileiro de assimilação das novas concepções, tanto nos meios oficiais quanto na sociedade mais ampla. O noticiário de saúde e bem-estar corresponde na atualidade aos antigos manuais dietéticos ou almanaques para a vida saudável. Nas revistas, as atuais máximas da “saúde perfeita” (Cf. SFEZ, 1996) podem ser comparadas às de décadas anteriores, oferecendo pistas sobre quando e como ocorreram as transformações. Todavia, os registros foram abordados enquanto narrativas que apresentam interpretações sobre a realidade e que, por isso, demandam análise sociológica.

Não se pode esquecer que as revistas são produtos de empresas de comunicação, cujo principal objetivo é o lucro (Cf. WEBER, 2002). As capas são pensadas para atrair compradores, quanto maior o número de leitores maior a capacidade de conquistar anunciantes. Ademais, a leitura atenta detecta a propaganda de produtos e serviços, de forma explícita ou sutil, no interior do noticiário. Ainda que a missão jornalística assumida pelas três

saúde e bem-estar.

¹² As três revistas apresentam resultados de pesquisas publicitárias, com base nos Estudos Marplan/EGM e IVC, que classificam economicamente os leitores. As informações encontradas foram as seguintes: sobre os leitores de ISTOÉ (Mídia Kit ISTOÉ 2013), 64% estão no Sudeste, 13% no Nordeste, 14% no Sul, 6% no Centro Oeste e 3% do Norte; 46% deles concluíram o ensino superior e 32% ainda estão estudando; são da classe A - 19%, B - 53%, C e D - 28%. De acordo com VEJA (PUBLIABRIL, 2013), 57% de seus leitores estão no Sudeste, 15% no Nordeste, 15% no Sul, 10% no Centro Oeste, 4% no Norte; não foram mencionados dados sobre formação educacional dos leitores; quanto à classe social, são da classe A - 20%, B - 50%, C - 27%, D - 3%. Os dados dos leitores de ÉPOCA (Mídia Kit 2007) indicam que 63% seus leitores são do Sudeste, 14% do Nordeste, 12% do Sul, 7% do Centro Oeste e 4% do Norte; 32% concluíram o ensino superior e 40% concluíram o ensino médio. Dados mais recentes (ÉPOCA Mídia Kit 2012) mostram que 66% dos seus leitores são da classe A e B, 30% da C e 4% da D. Outras informações sobre gênero: com pouquíssima diferença de percentuais entre as revistas, cerca de metade do público é feminino e metade é masculino; VEJA tem mais leitoras (54%). Sobre idade: ISTOÉ (29%) e VEJA (27%) atingem mais o público maduro, acima de 49 anos, enquanto 30% dos leitores de ÉPOCA estão acima de 44 anos. Por outro lado, ÉPOCA atinge mais o público jovem com menos de 25 anos (27%); em Veja esse mesmo grupo representa 20%; em ISTOÉ, 20% dos leitores têm até 29 anos.

revistas afirme a independência editorial, além do compromisso de construir um país melhor no futuro, é possível supor um recorte e um direcionamento das notícias, de acordo com a orientação e os interesses de cada empresa. Assim, a autoria das reportagens não foi considerada; o que importa é a visão de mundo que a revista pretende passar e que, certamente, limita a posição pessoal do profissional que escreve.

Também é possível inferir, pela análise das notícias, a intensão de reformar os leitores pelas óticas que esperam incutir¹³. As revistas hoje claramente pretendem ser manuais para resolver a vida cotidiana. O objetivo é ensinar como viver e organizar a própria vida de uma forma racional. A linguagem utilizada é emprestada da publicidade: usam-se clichês, slogans e frases feitas de memorização fácil. No caso dos hábitos saudáveis, as estratégias publicitárias servem para convencer o leitor a “comprar” a ideia. Assim, o bem-estar e a realização pessoal são produtos oferecidos para o consumo. O preço é pago em disciplina e adesão às normas de saúde, sem falar do custo financeiro do consumo de mercadorias, medicamentos, livros e serviços anunciados dentro das reportagens. A simplificação das explicações científicas para facilitar a compreensão é sempre a meta das notícias, muitas vezes resultando num emaranhado de opiniões de especialistas e listas com resumos de regras a serem seguidas no final das reportagens.

Em editorial recente (23/04/2012, editorial, *Uma bússola para orientá-lo no mar revolto*), ÉPOCA mencionava a revolução da imprensa nas duas últimas décadas e o surgimento de um novo conceito de *notícias para usar* (*news you can use*) que a revista vinha seguindo. São aquelas notícias que “falam de modo direto ao interesse do leitor e versam sobre os assuntos mais determinantes para a sua vida, aqueles que dependem apenas de seu próprio conhecimento e ação: alimentação, carreira, saúde, educação, consumo, tecnologia e finanças pessoais, psicologia e relacionamentos” (ÉPOCA, 23/04/2012). Conforme a redação, a reportagem de capa da mesma data (23/04/2012, *Especial: Como fazer para...*) seria um exemplo de produção de conteúdos úteis e confiáveis, servindo como orientação para o leitor que “está à deriva”. Realmente, esse tipo de noticiário, que já foi batizado de jornalismo *soft* em oposição ao jornalismo investigativo, é uma tendência mundial desde os anos 1980. Talvez ÉPOCA, criada em 1998, por ser mais nova que as outras duas revistas, já tenha

¹³ Segundo o kit publicitário de ÉPOCA (2012), sua missão “não é preparar conteúdo para as pessoas. É preparar as pessoas pelo seu conteúdo”. A proposta é fornecer conteúdo que transforme a vida do leitor. ISTOÉ, por sua vez, conforme informações do site da Editora Três e do *mídia kit* publicitário de 2013, diz ser sua missão “contribuir para o desenvolvimento de um Brasil mais justo e feliz”, com independência editorial e jornalismo crítico. Em sua declaração de missão empresarial, VEJA ressalta a “insistência na necessidade de consertar, reformular, repensar e reformar o Brasil”, fazendo o leitor entender melhor o mundo em que vive (Informações PUBLIABRIL, *Mídia kit VEJA*, 2013).

nascido dentro dessa nova mentalidade. No entanto, conforme nossa pesquisa empírica, até o meio dos anos 1990 os formatos de VEJA e ISTOÉ¹⁴ eram bem diferentes dos atuais, tendendo para política e economia de um ponto de vista mais investigativo, o que faz pressupor que a relação com o leitor mudou na virada do século XXI. A partir daí, as revistas assumiram a postura de orientadoras da vida privada até em seus aspectos mais práticos.

Considerando as diferentes datas em que essas revistas começaram a ser publicadas, como ÉPOCA teve seu primeiro número em maio de 1998, a pesquisa foi dividida em duas fases: na primeira fase foi realizado o levantamento das notícias sobre saúde, em VEJA e ISTOÉ, entre 1988 e 1998, para mapear quando começou o maior destaque ao bem-estar e aos hábitos saudáveis nas revistas de atualidades e quais as modificações no tratamento dos temas de saúde visíveis nesse período. Importava averiguar o contexto sociohistórico em que emergiu a valorização do bem-estar, das emoções e da responsabilidade individual como fatores de saúde no Brasil. A segunda fase (1999-2008) incluiu também a revista ÉPOCA; porém, optou-se por restringir a análise às reportagens de capas vinculadas ao autocuidado emocional e mental. Esse recorte foi escolhido por configurar uma das principais novidades da primeira década do século XXI em relação ao período anterior e será mais explorado no próximo capítulo. Vejamos, então, a descrição mais detalhada dos dois períodos analisados.

1.1. Primeira fase da pesquisa (1988-1998): a construção do ideário de bem-estar e qualidade de vida

Antes do relato da primeira fase, faz-se necessário esclarecer o caminho metodológico adotado para a abordagem dos dados coletados. O levantamento 1988-1998 abrangeu todas as notícias publicadas em VEJA e ISTOÉ, nas seções de medicina, saúde e bem-estar, mas também incluiu notícias de outras seções (política, economia, comportamento, ciência, sociedade, cidades, etc.) e até entrevistas ou artigos de não colunistas, desde que estivessem relacionados ao tema saúde física e mental. A intenção foi verificar se haveria evidência mais significativa dos assuntos de bem-estar e estilo saudável a partir de algum período especial, e também identificar quais as diferenças na abordagem do tema saúde, entre o noticiário recente

¹⁴ Editorial de ISTOÉ, 15/10/1997, falava que a revista foi pioneira nas mudanças, diversificando os temas desde 1993, e não mais ficando só em política e economia. Explicava a mudança na seção comportamento (que ganhou o apelido de “boas notícias” na redação), que ficara sob a responsabilidade de Marta Goes, que assinou *Malu Mulher* e trabalhou em *Cláudia*. Também em Editorial de VEJA (20/05/1998, *As novas seções de VEJA*) as mudanças são apontadas: “a ideia é apresentar sugestões úteis que cubram os mais diversos aspectos da vida prática de cada um, levando em conta primordialmente o ponto de vista do consumidor”, diz o editorial sobre a nova seção “Guia”.

e o mais antigo. O total de notícias coletadas sobre esse tema, no período 1988-1998, foi de 1625: 776 na ISTOÉ e 849 na VEJA. Como é muito grande a variedade de assuntos, após uma primeira leitura para classificação, as notícias foram organizadas em quatro categorias que representam grandes áreas temáticas de promoção de saúde:

a) **Saúde Pública (SPU)**: questões mais amplas de saúde pública que não dependem única e diretamente do indivíduo, mas de resoluções no plano institucional (políticas, econômicas, judiciárias e éticas); são problemas de competência do Estado, das empresas, das comissões de ética ou das organizações mundiais;

b) **Saúde Individual (IND)**: diz respeito aos hábitos corporais e mentais de autocuidado, à conduta individual para prevenir o adoecimento, adquirir saúde ótima, longevidade com bem-estar psíquico e até beleza; inclui a dimensão informativa sobre diagnósticos e riscos de doenças, processo de envelhecimento, assim como estatísticas sobre mortalidade ou aumento da expectativa de vida.

c) **Ciência e Tecnologia (CIE)**: estudos, pesquisas e avanços técnicos das ciências e da medicina para melhorar a saúde, prolongar a vida, proporcionar rejuvenescimento, beleza e bem-estar, por meio de drogas químicas farmacêuticas ou de outras tecnologias, além de novos tratamentos e informações sobre as doenças e o funcionamento do corpo e do cérebro.

d) **Práticas Integrativas Complementares (PIC)**¹⁵: métodos diagnósticos e terapêuticos antes alternativos à medicina alopática, à psiquiatria e à psicanálise; saberes tradicionais ou holísticos, que muitas vezes levam em consideração o aspecto espiritual, ou que estão na fronteira entre ciência e religião; inclusive as terapias de autoajuda (tais como aquelas que pregam pensamento positivo e a neurolinguística), terapias orientais, meditação e ioga.

Além dessa classificação inicial, atribuímos palavras-chaves às notícias, indicando os diversos assuntos tratados, de modo a poder agrupá-las por temas com maior incidência. Os temas escolhidos foram os mais ligados aos interesses da pesquisa acerca das mudanças no conceito de saúde e da necessidade de comportamentos saudáveis (autocuidado com a alimentação e o corpo para alcançar forma esbelta, autocontrole emocional e de distúrbios psíquicos, a luta contra o envelhecimento, a prevenção de DCNTs¹⁶ e doenças degenerativas, a comunicação de riscos provenientes do estilo de vida). Surgiram, assim, subdivisões das quatro categorias principais, descritas nos quadros (1 a 4) do Anexo II (p. 307-309), onde constam os respectivos totais de notícias para VEJA e ISTOÉ, no período 1988-1998, para

¹⁵ Nesse trabalho, o termo PIC será referido ao conjunto que engloba tanto as práticas contemplativas (ioga, meditação, *tai chi chuan* e outros exercícios para corpo e mente) quanto os tratamentos não convencionais reunidos na denominação medicinas alternativas complementares (MAC) ou medicinas tradicionais (MT) – tais como dietoterapia, fitoterapia, homeopatia, acupuntura, massagens, *ayurveda*, *reiki*, florais, antroposofia e outros (Cf. OMS, 2002b). Desde 2006, o Ministério da Saúde do Brasil adotou a denominação Práticas Integrativas Complementares (Cf. MS, 2006c).

¹⁶ As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) resumem-se ao conjunto de doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas, entre outras, produzidas por comportamentos de risco e modificáveis pelas condutas adotadas. Alguns distúrbios são considerados agravantes das DCNTs, entre os quais: obesidade; tabagismo; consumo excessivo de álcool, sal, açúcar e gorduras saturadas de origem animal; ingestão insuficiente de frutas e hortaliças; inatividade física; depressão e estresse (Cf. MS, 2006a, 2006b, 2010d).

cada grupo e subgrupo:

- SPU** - gestão e regulamentação; bioética; epidemias; dependências químicas;
- IND** - corporal; emocional e mental; estética; dependências químicas; produtos; riscos e prevenções;
- CIE** - medicina geral; DCNT e envelhecimento; comportamental; estética;
- PIC** - medicinas alternativas complementares; práticas mentais.

Embora o levantamento tenha sido primeiramente quantitativo, não havia intenção de sobrevalorizar o cálculo e a estatística; muito ao contrário, esse recurso foi utilizado apenas como ferramenta de levantamento da visibilidade dos assuntos. Os números serviram somente como indicativo para a classificação e auxílio para detecção de tendências durante o período. Num segundo momento, foram selecionadas cerca de 40% do total de reportagens para análise qualitativa (30% das notícias de ciência e tecnologia; 65% sobre saúde individual e hábitos saudáveis; 20% sobre saúde pública; 88% sobre práticas integrativas complementares, que eram poucas no conjunto), procurando compreender as nuances do processo de transformação da saúde que vem se evidenciando nas últimas décadas.

Na primeira fase da pesquisa, foram constatadas variações significativas e acentuação do enfoque nos hábitos saudáveis – corporais e mentais - a partir de 1995, sendo possível observar mudanças refletidas em VEJA e ISTOÉ nesse ano. No que se refere ao total anual de notícias sobre saúde, pode-se perceber no gráfico abaixo que, entre 1988 e 1990, houve um decréscimo, nas duas revistas; depois os números cresceram, ultrapassando, em 1995, os patamares de 1988. A partir de 1995, ISTOÉ começava a publicar mais notícias sobre saúde e bem-estar que VEJA. Em 1998, os números de notícias sobre saúde aumentaram em cerca de 70% em ambas as revistas.

Entre 1992/1993, ISTOÉ passou por mudanças drásticas na redação, incluindo a saída do então diretor Mino Carta, que, em 1994, fundou a revista *Carta Capital*. Em 1992, ISTOÉ

desligou-se de *Senhor*, revista parceira desde 1988 (ISTOÉ, *editorial* 01/04/1992). Houve mudanças nas diretrizes da revista a partir daí, pois havia interesse em diversificar os temas¹⁷, visando atingir novos públicos, sobretudo feminino e juvenil. Em 1995, o número de notícias de ISTOÉ sobre saúde e bem-estar aumentou em 80%, o que deve ter interferido no campo da mídia impressa semanal, forçando reações de VEJA. Entretanto, é significativo que ISTOÉ tenha investido na ampliação do enfoque em saúde e bem-estar, e não em tantos outros temas, e que tenha sido seguida por VEJA na mesma direção, no mesmo período. Isto pode ser um sinal do início de mudanças culturais mais intensas processadas em meados dos anos 1990.

Com relação à classificação por áreas de promoção da saúde, percebe-se que desde 1992/1993, a gestão individual (IND) começava a ser mais valorizada nas revistas. Em compensação, a quantidade de notícias sobre questões de saúde pública declinou fortemente. Comparando os percentuais de Saúde Pública e Saúde Individual, referentes aos totais anuais de notícias sobre saúde e bem-estar de cada revista, em 1988, 13% das notícias de saúde em VEJA tratavam de IND e 58,4% eram dedicadas à SPU. Em 1998, o percentual de IND subiu para 40,8% e SPU caiu para 28,2%. Em ISTOÉ, o percentual IND subiu de 23%, em 1988, para 30%, em 1998, enquanto SPU caiu de 41% para 27,6%. Chama a atenção que ISTOÉ tenha maior quantidade de notícias sobre CIE e PIC do que VEJA¹⁸ no período 1988-1998.

¹⁷ Em editorial de ISTOÉ de 19/02/2002 (*30 vezes Istoé*), a respeito do aniversário de 30 anos da revista, comentava-se que o substituto de Mino Carta (Tão Gomes Pinto) iniciou “um competente trabalho de diversificação de temas e pautas, um caminho ajustado e ampliado pelo atual diretor, Hélio Campos Mello, no cargo desde abril de 1996. Graças à manutenção da sequência de trabalho, ISTOÉ confirmou a tendência de abrir espaço para reportagens sobre comportamento, medicina, bem-estar, tecnologia e saúde. Além disso, lançou no país novidades como a editoria de notas da *Semana* e a edição da grande maioria das reportagens com as assinaturas dos autores e repórteres fotográficos, uma informação adicional para o leitor. Todas essas propostas serviram, digamos, de inspiração para a concorrência, que passou a segui-las parcial ou totalmente”.

¹⁸ Entre 1988 e 1998 o percentual médio de PIC em ISTOÉ foi cerca de 7%; em VEJA, esse número ficou em torno de 3%. Sobre CIE, VEJA teve um percentual médio de 26,7% no período, enquanto ISTOÉ teve em torno de 33%.

* os percentuais de ambos os gráficos são relativos ao total anual de notícias de saúde de cada revista

Além da maior quantidade de notícias, o aumento do número de capas dedicadas à saúde e bem-estar ilustrado no gráfico abaixo indica que 1994 e 1995 foram “os anos da virada”, quando as grandes revistas avaliaram ser de interesse próprio a divulgação do tema “vida saudável”. Assuntos mais característicos do bem-estar renderam algumas poucas capas até 1994. De 1994 para 1995, nas duas revistas, as capas sobre saúde deram um salto. O aumento desse enfoque é ainda mais visível nas capas de ISTOÉ e VEJA entre 1998 e 2011¹⁹.

* As revistas são semanais e o total anual de capas varia entre 50 e 53, em média 52.

¹⁹ Para efeito de comparação, nos quadros (6 a 8) do Anexo II (p. 310-311) pode-se verificar o número de capas de VEJA e ISTOÉ referentes a outros assuntos, entre 1988-2011, assim como as quantidades anuais de capas de ÉPOCA 1999-2011. Embora a pesquisa se encerre em 2008, estendemos o levantamento quantitativo de capas até 2011 para verificar se a tendência de valorização da saúde e bem-estar persistia.

Desde 1997, saúde e bem-estar são o primeiro ou segundo assunto com mais capas em todos os anos, rivalizando com política²⁰. Economia foi um dos assuntos que perdeu em importância para saúde e bem-estar, nas capas, o que é compreensível se lembrarmos da tumultuada vida inflacionária que alimentava o jornalismo antes da estabilização da moeda brasileira. Não se pode deixar de observar que, por outro lado, a saúde passou a ser um fator econômico de peso para empresas e Estados. Por esse motivo, o deslocamento de capas, da economia para a saúde, não significa necessariamente menor interesse econômico.

As médias de capas sobre artes, espetáculos e esportes também diminuíram. O número de capas sobre ciências em geral caiu (a era espacial, arqueologia, equipamentos, novas energias, etc.), porém, deu lugar ao aumento de capas sobre biociências e tecnologias voltadas para saúde. Comparando as médias e totais de capas por assuntos do período 1988-1998 e do período 1999-2008²¹, percebe-se o aumento significativo de capas relacionadas à saúde, bem-estar e comportamento. Em ISTOÉ a média de capas de política caiu muito de um período para outro (de 20 para 12), em VEJA caiu menos (de 15 para 13). A consulta da lista de capas 1988-1998 (Anexo I, p. 292-294) pode dimensionar melhor a modificação do destaque dos temas de saúde durante esse período. Assuntos de bem-estar - como longevidade, DCNT, distúrbios mentais, emocionais e sexuais, práticas integrativas e medicinas alternativas - estiveram em mais capas de ISTOÉ, enquanto VEJA destacou mais a nutrição, o sedentarismo e o funcionamento do cérebro (havia uma única capa sobre dor que foi incluída no total sobre cérebro).

Nas observações extraídas do levantamento inicial, foi possível distinguir três etapas diferentes: na primeira etapa (1988-1990) pouco se falava em bem-estar nas revistas; a segunda (1991-1994) foi uma etapa ainda embrionária do bem-estar e do estilo de vida saudável no Brasil, coincide com o início da implantação do SUS; as noções de bem-estar, qualidade de vida e hábitos de autocuidado foram propagadas na terceira etapa (1995-1998). O enfoque nessa primeira fase da pesquisa foi principalmente temporal, de modo que as três etapas identificadas serão narradas a seguir sob o prisma sequencial do processo de transformação dos hábitos, considerando-se, porém, a diversidade de assuntos.

²⁰ Cf. Anexo II, quadros 6 e 7 (p. 310-311), gráficos 1 e 2 (p. 312).

²¹ Cf. Anexo II, quadro 5 (p. 310). Nesse quadro e nos gráficos 4 e 6 (p. 313), que são comparativos dos números de capas entre as duas fases de pesquisa, foram considerados dois períodos de 11 anos: 1988-1998 e 1999-2009.

1988-1990

Até 1990, as discussões sobre saúde eram bem diferentes daquelas que vemos hoje, frequentemente relacionadas ao bem-estar, hábitos saudáveis e doenças crônicas. Naquela época, os assuntos que recebiam mais atenção eram AIDS, erros médicos e hospitalares, falta de medicamentos, a condição precária do atendimento público, problemas de gestão e corrupção na área da saúde. A situação política e econômica brasileira era a principal preocupação das revistas até 1992 (eleições presidenciais, confisco, *impeachment*, inflação galopante, dívida externa, corrupção e precariedade das finanças do Estado). Nesse contexto, saúde e bem-estar eram assuntos secundários, sobretudo os cuidados individuais, que já eram abordados em revistas femininas e em outras revistas mensais, direcionadas a públicos específicos interessados em saúde (como os esotéricos e alternativos, naquela época), conforme mostram os anúncios dessas publicações nas páginas de VEJA e ISTOÉ.

Além da AIDS, os principais assuntos eram bioética, novidades da genética, avanços tecnológicos, principalmente os relacionados às cirurgias, vacinas e medicamentos em geral, bem como outras epidemias de contágio (meningite, malária, chagas, hanseníase, cólera, etc.). A grande esperança para o século XXI estava depositada na ciência, que em breve encontraria a vacina contra a AIDS e a cura do câncer. Sobretudo, a aposta estava (e ainda está) nos avanços da genética e da biologia molecular. Com o advento da engenharia genética e das biotecnologias, surgiram também os problemas éticos relacionados à clonagem, criação, reprodução artificial e comercialização da vida. As biotecnologias traziam consigo a possibilidade de lucro e geravam um mercado de investimentos.

A visibilidade da epidemia da AIDS era muito forte entre 1988-1995 e a questão estava presente nas revistas: celebridades morriam, surgiam novos tratamentos e promessas, havia comentários sobre o preconceito, os grupos de riscos, como evitar a doença. Para a prevenção ser bem sucedida, era necessário quebrar o preconceito e falar sobre sexo com os parceiros e orientar os filhos. O sexo tornou-se, então, regulamentado pela saúde; a educação sexual foi sistematizada na escola como fator preventivo de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). As revistas procuravam responder as principais dúvidas e esclarecer sobre a epidemia: AIDS entre heterossexuais é possível? Pode ser transmitida por beijo ou sexo oral? Cobravam-se providências do governo no sentido de ampliar as campanhas de prevenção, importar medicamentos, fiscalizar bancos de sangue e exigir a cobertura de planos de saúde privados.

Ademais, nas revistas, as condições de saúde apareciam como precárias até 1994, sobretudo o atendimento em instituições (hospitais, asilos, sanatórios, prontos-socorros e unidades básicas de saúde). No início da década de 1990, por exemplo, 25% da população já não tinham dentes naturais aos 35 anos. A partir de 1990, cresceu o número de conveniados da medicina privada procurando escapar do atendimento público. Ainda não se falava em bem-estar, qualidade de vida e longevidade. A palavra bem-estar tornou-se visível primeiramente em anúncios publicitários (*Molico, Wella, Mesbla*).

Passaram a ser publicadas algumas poucas referências ao envelhecimento²², mas, geralmente, o crescimento populacional dos mais pobres era mais mencionado que o envelhecimento da população. Com relação aos exercícios físicos, surgiam “provas de que o exercício estica a vida” (VEJA, 15/11/1989, *A passos largos*). Começava a preocupação com o bronzamento excessivo e o uso de protetores. As novidades estéticas eram as novas drogas para evitar a calvície, que passava a ser tratada como doença reversível, e os cosméticos masculinos, que surgiam nas prateleiras, mas quase não empolgavam. As leis antitabagistas ainda estavam sendo discutidas. O cigarro começava a ser cerceado publicamente e a receber mais destaque. Em ISTOÉ, as drogas recebiam maior atenção que o tabagismo e o alcoolismo, que quase não foi noticiado nessa revista até 1998. VEJA deu muito mais atenção às dependências químicas do que ISTOÉ, no período 1988-1998 (Cf. Anexo II, gráfico 10 e 11, p. 315).

1991-1994

Até 1994, havia muitas notícias sobre mortes de pacientes por imperícia e negligência médica, hospitais sucateados, descaso das autoridades, má administração de verbas públicas, profissionais com formação deficiente, efeitos da deterioração do sistema de saúde do país, que vão perdendo espaço nas revistas, assim como as questões de gestão político-econômica da saúde. Após 1996, esses assuntos foram ressaltados somente nos anos em que foram discutidos ou vigoraram impostos federais²³, cuja arrecadação deveria ser revertida para

²² ISTOÉ (27/01/1988) afirmava que “envelhecimento precoce é mais um encargo dos que não praticam esportes”. Em outra notícia, ISTOÉ (15/11/1989) dizia: “uma simples caminhada de uma hora três vezes por semana pode prolongar também a expectativa de vida”. Em reportagem de capa, VEJA (25/07/1990, *Em busca da juventude: como a ciência prolonga e melhora a vida*) frisava que se envelhece devido aos maus hábitos e que o comportamento saudável “acrescenta vida aos anos e não somente anos à vida”, frase que se tornaria slogan da qualidade de vida.

²³ O Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF) vigorou entre 1993-1994; a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) vigorou entre 1996-1997.

investimentos na saúde. Entre 1991-1994, iniciou-se o debate sobre as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), ainda que não fossem assim nomeadas, como também sobre os hábitos corretos para evitá-las.

As DCNTs passaram, então, a receber mais destaque. Ambas as revistas falavam dos hábitos saudáveis, mas também indicavam que para alguns males da velhice somente tratamentos medicamentosos dariam resultados, sobretudo para doenças degenerativas. Em paralelo, as condições dos idosos brasileiros e as revisões das leis sobre a aposentadoria em países europeus estavam sendo noticiados pelas revistas²⁴, desde 1992, assim como as mudanças nas aposentadorias dos servidores públicos. Em 1994, o futuro envelhecimento populacional brasileiro entrava em pauta como problema econômico, embora o crescimento da população pobre continuasse bastante discutido²⁵. Os idosos despontavam como “um mercado bem maduro”²⁶ (ISTOÉ, 26/10/1994, *A terceira onda*) para o bem-estar e a qualidade de vida, agora associada ao envelhecimento ativo, ou seja, ao envelhecimento com qualidade. Qualidade de vida a partir dessa fase estará associada à vida longa, melhor dizendo, com produtividade longa, de ordem da escolha racional individual por uma vida com moderação e comedido.

1995-1998

Esse período concentrou uma série de transformações políticas, econômicas e culturais na sociedade brasileira. Iniciava-se o primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, com um novo plano econômico e novas metas de adequação do Brasil à realidade internacional. Ao modo das revistas, apresentava-se um “novo Brasil”, que saltava para a era globalizada entrando finalmente para a civilização. Era necessário educar o povo para as necessidades da

²⁴ VEJA, 12/05/1993, *Nova lei obriga filhos a amparar pais idosos, só não diz como*; ISTOÉ, 08/12/1993, *Mal-estar social: recessão e desemprego arranham welfare state europeu*; VEJA, 16/02/1994, *Mal-estar social: com os cofres vazios e legiões de desempregados, europeus discutem sistema modelo de previdência*.

²⁵ VEJA, 06/02/1991, *Pesquisa IBGE mostra que crescimento da população supera expectativa*; VEJA, 05/05/1992, *O berço da pobreza: 97% dos nascimentos até 2050 acontecerão no terceiro mundo*; VEJA, 03/06/1992, *Ponto de vista: Demografia é ecologia*; VEJA, 30/09/1992, *Entrevista gerontóloga alerta: aumenta expectativa de vida e com ela o risco de preconceito e pauperização do idoso: “eles querem conservar a independência”, dizia ela*; VEJA, 13/07/1994, *A lição dos números: entrevista com presidente do IBGE, Simon Schwartzman, que diz: “a população aumentará e depois reduzirá”, “a previdência como está vai falir, nascem cada vez menos brasileiros e vivem cada vez mais”*.

²⁶ VEJA (12/08/1992) mencionava novo *marketing* para quarentões. Segundo ISTOÉ (26/10/1994): “A velhice no Brasil pode ser vivida com entusiasmo, alegria e dignidade”, “idosos começam a encontrar atividades, serviços, produtos para se sentirem em boa forma física e psíquica”. Conforme o IBGE, 19% da renda do país estava concentrada na população acima de 50 anos, “mercado ainda não totalmente descoberto” (ISTOÉ, 26/10/1994).

nova ordem mundial. O Estado estava sendo reorganizado nesse período: muitas estatais foram privatizadas, a previdência²⁷ e a saúde sofreriam profundas reformas. Em 1996, a gestão do SUS foi redefinida e o novo modelo priorizava a atenção primária e a prevenção. Neste ano foi realizada a X Conferência Nacional de Saúde, com o tema “*SUS: Construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*”, que aprovou a inclusão da acupuntura, da homeopatia e da fitoterapia no SUS. Os hábitos saudáveis da população começavam a ser lentamente encampados como meta pelo Estado²⁸.

Essa também foi uma fase de crise econômica, desemprego, mudanças nas leis trabalhistas, além da flexibilização do emprego²⁹. Eram mais frequentes reportagens sobre novos modelos de administração empresarial, novas competências de comunicação e habilidades nos relacionamentos pessoais exigidas pelo mercado de trabalho³⁰, educação continuada e autoaprimoramento³¹, qualidade na produção³², empreendedorismo³³, etc. O

²⁷ VEJA, 22/02/1995, Aposentadoria, quadro: *velhice sem futuro*; VEJA, 01/10/1997, *Velhice em revisão*: ao mexer na aposentadoria, o senado cobra sacrifícios dos servidores, mas não melhora a vida dos mais pobres; VEJA, 27/05/1998, Guia: *de olho no futuro* (sobre previdência privada e aposentadoria); ISTOÉ, 11/11/1998, *Reforma previdenciária desencilhou*.

²⁸ ISTOÉ, 16/04/1997, Entrevista *Reforma da Saúde*: ministro Carlos de Albuquerque critica uso abusivo de tecnologia e aposta na medicina preventiva; ISTOÉ, 18/03/1998, Propaganda do Ministério da Saúde: “*Ela se mete na vida dos vizinhos e tem orgulho disso: equipe da família*”; VEJA, 27/05/1998, *É mais barato prevenir do que tratar*, quanto custa cada doença para o Estado; VEJA, 24/06/1998, *Exército da prevenção*: como 55 mil agentes de saúde estão melhorando a vida de 41 milhões de pessoas no país;

²⁹ VEJA, 19/10/1994, capa, *O fim do emprego e o novo profissional*: o que fazer para se manter num mercado em mutação, a revolução que eliminou o emprego; VEJA, 20/09/1995, *Inflação caiu, mas desemprego cria problemas*; ISTOÉ, 04/10/1995, *Empregos: onde estão as vagas?*; VEJA, 04/10/1995, *Vagas em marcha ré*: demissão na Mercedes-Benz; VEJA, 04/10/1995, *Era de risco: é preciso correr para não perder o lugar*; ISTOÉ, 14/02/1996, *Seu emprego está ameaçado*; ISTOÉ, 14/02/1996, *O Brasil desempregado*; ISTOÉ, 15/05/1996, *O trabalhador vai ao divã*: pressionados pelo desemprego, metalúrgicos (sindicalistas) vivem crise de identidade e mudam suas posições (agora são a favor da negociação, de manter boas relações com o patrão e preferem o capitalismo ao socialismo); ISTOÉ, 24/09/1997, *Daqui ninguém me tira*: falta de emprego e reestruturações produzem a *vacation phobia*, o medo obsessivo de tirar férias [e perder a vaga]; VEJA, 19/02/1997, *Onde estão os empregos*. Procura-se gente: enquanto a indústria de São Paulo demite, surgem milhares de novos empregos em outras regiões; VEJA, 11/02/1998, *Você tem medo de perder o emprego?* Aumento acelerado das demissões começa a assombrar país.

³⁰ VEJA, 06/03/1996, Entrevista Roldo Goi Junior: *ser chato é um perigo*, treinador de executivos diz que chatice representa risco profissional; ISTOÉ, 08/07/1998, *Sorriso de aeromoça*: especialista em marketing pessoal ensina como imagem e postura ajudam a subir na carreira.

³¹ ISTOÉ, 06/11/1996, *A vez da competência*: empresas buscam mão de obra qualificada, demitem os menos preparados e aumentam nível dos salários, recursos humanos na ordem do dia; VEJA, 04/12/1996, *O desafio do emprego*: além de escolaridade maior, línguas e computador, as empresas ainda querem capacidade de decisão, desembaraço e ambição.

³² VEJA, 12/02/1997, *Pesquisa diz que empregado brasileiro precisa melhorar*; ISTOÉ, 21/01/1998, *Produção selvagem*: busca de lucro piora a qualidade de serviço e provoca acidentes de trabalho;

³³ ISTOÉ, 16/08/1995, *Meu 1º milhão*: eles saíram do nada e fizeram fortuna com trabalho e criatividade; VEJA, 07/02/1996, *Como ganhar dinheiro no país do real*; VEJA, 03/07/1996, Propaganda Bamerindus: *O Brasil que dá certo se faz com gente que faz*; ISTOÉ, 09/10/1996, *Jovens sem experiência administrativa encontram nas franquias negócio mais seguro*; VEJA, 12/02/1997, *A empresa sou eu*: movida a coragem, tecnologia e talento, surge uma nova geração de empresários autônomos; VEJA, 30/04/1997, Propaganda do governo federal: “Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER) está mudando a vida de milhares de brasileiros que eram pessoas físicas e agora são pessoas jurídicas”. “*PROGER: Porque o Brasil acredita em você*”; VEJA,

setor de serviços crescia (VEJA, 15/05/1996, *Explosão do setor de serviços*). Grande parte das empresas brasileiras passava por uma reengenharia para cortar custos e reduzir a folha de pagamento. A terceirização foi a principal solução encontrada. Não raro havia reformulações na gestão de recursos humanos com o apoio de gurus da autoajuda, sobretudo da neurolinguística (VEJA, 22/03/1995, *Entrevista Abaixo os gurus*).

As revistas também passaram por uma série de mudanças, no aspecto visual e editorial: troca de editores, novas seções, diversificação de temas. A concorrência pelo leitor se acirrava³⁴, sobretudo pelo leitor feminino, que agora representava parte significativa da população economicamente ativa (Editorial VEJA, 10/10/1995, *Um leitorado com mais mulheres*). Isso poderia explicar, em parte, o maior enfoque de ISTOÉ, desde 1993, sobre assuntos de comportamento e psicologia, que tratavam da educação dos filhos, das novas relações afetivas e sexuais, da nova posição da mulher como chefe de família. Sexualidade passou a ser assunto bastante frequente em ISTOÉ, assim como beleza e espiritualidade. Como já foi dito, em 1993, essa revista ampliou o leque de assuntos abordados e mudou sua estratégia mercadológica para atingir o público feminino e juvenil.

Falava-se bem mais em qualidade de vida, então já não apenas ligada ao envelhecimento e à prevenção de doenças, mas bastante vinculada à busca de bem-estar em todas as áreas da vida: família, trabalho, relações sociais. Seria uma espécie de ISO-9001³⁵ da vida cotidiana, que envolveria aspectos físicos - aparência e saúde - e aspectos psíquicos, que requerem certo controle das emoções – felicidade, prazer, autoestima, relaxamento. Tratava-se de “saber” viver bem, ou de uma “arte” de viver bem, ou ainda de uma “filosofia prática de vida”, que começava a se evidenciar nesse período, mas que somente ganharia força na primeira década do século XXI. Em 21/06/1995, VEJA anunciava um seminário da revista EXAME a ser realizado naquele ano: “*Qualidade de vida: como aumentar a produtividade de sua empresa investindo na saúde e no bem-estar dos seus funcionários*”. Sinal de que ali se iniciava a discussão da saúde individual no plano empresarial, desde a necessidade de promoção da saúde como fator econômico importante, até a necessidade de desenvolvimento da consciência da *gestão de si* e do autocuidado.

28/01/1998, *Os novos caminhos da fortuna*: o brasileiro que está enriquecendo hoje vem da classe média e começou seu negócio mais com ideias que dinheiro; VEJA, 25/11/1998, *Eu quero ser patrão*: como estão se saindo os brasileiros que realizaram o sonho de montar o próprio negócio.

³⁴ Em 1994, VEJA (editorial de 28/09/1994) reduziu o preço da revista. Em 1995, ISTOÉ, por sua vez, atingiu a tiragem recorde de 500 mil exemplares, devido ao lançamento de enciclopédia de conhecimentos gerais, cujos fascículos eram fornecidos junto com a edição semanal.

³⁵ ISO-9000 é um sistema padronizado de regras administrativas para garantir a qualidade máxima da gestão empresarial, estabelecido pela *Internacional Organization for Standardization* (ISO), em 1987, e depois adotado mundialmente. Desde 1994, passou a ser fornecida uma certificação de qualidade total: a ISO-9001.

Desde final de 1996, esporadicamente, seções denominadas *bem-estar* ou *qualidade de vida*³⁶ já vinham sendo publicadas em ISTOÉ. Em 21/10/1998, essa revista reuniu os assuntos de medicina e saúde em uma nova seção semanal fixa denominada *medicina e bem-estar*. O estilo de vida saudável passou a chamar cada vez mais a atenção de jornais e grandes empresas de mídia³⁷. Reportagens de ISTOÉ chegaram a apontar para uma moralidade sobre a alimentação³⁸. Uma propaganda de aparelhos de áudio e vídeo da JVC³⁹ (em VEJA, 26/06/1996) resumia o espírito saudável daquele final de século, que parece vigorar até hoje: “Sem tempero, sem colesterol, sem açúcar, sem fritura, sem sexo, o que mais sobrou para se fazer sem culpa? JVC, o exagero sem culpa. JVC, a perfeição levada ao exagero”. O anúncio sugeria que ouvir música estava entre as poucas atividades prazerosas cujo excesso seria absolvido: “As melhores coisas da vida foram feitas para aproveitar sem moderação”.

Aliás, algumas propagandas daquela época revelavam bastante bem o empenho pela vida saudável que se consolidava. A empresa *Hoechst*, cujo slogan era “química a serviço da vida”, de 1988 a 1995 apresentava propagandas relacionadas com a natureza. Entre 1996 e 1997, a campanha publicitária versou sobre riscos de saúde, envelhecimento e a contribuição da ciência. Indústrias alimentícias também exploravam a vida saudável em propagandas. O saudável passou a ser de fato estabelecido como estilo de consumo.

No período 1995-1998, a revolução tecnológica chegava ao Brasil, interferindo nos modos de ação e de relacionamento (microcomputadores, Internet, celulares, cartões eletrônicos), tanto no plano individual quanto empresarial. Com o surgimento de novas mídias de comunicação, as revistas procuravam adaptar-se. Em maio de 1996, ISTOÉ foi a primeira revista semanal a ter versão eletrônica na Internet, seguida por VEJA. A inserção da Internet no campo midiático evidentemente foi um fator que alterou o direcionamento das revistas, assim como interferiu em seus formatos, visando manter seu público de assinantes e leitores da versão impressa. Por outro lado, é bem perceptível que, entre 1996 e 1998, o número de propagandas de todos os tipos cresceu largamente, em ambas as revistas. Uma curiosa propaganda da Associação Nacional de Editores de Revistas (ANER), que circulou em 1995 e visava aos anunciantes, dizia: “Revista: mas pode me chamar de manual de sobrevivência” (VEJA, 01/11/1995). Outra da ANER dizia: “Revista: terapia portátil” (VEJA, 13/09/1995).

³⁶ ISTOÉ, 17/01/1996, *A conquista da qualidade*. Teste sua qualidade de vida.

³⁷ A Editora Globo lançava, na época, um CD-ROM sobre vida saudável (propaganda em VEJA 31/01/1996); também o Jornal da Tarde (propaganda em ISTOÉ, 17/01/1996) publicava o *Guia da Vida Saudável*.

³⁸ ISTOÉ, 10/07/1996, *A inquisição da balança*: a culpa pelos prazeres da mesa aponta para uma nova moral dietética. A gula parece ser o grande pecado deste final de século; ISTOÉ, 27/11/1996, *A nova face da vergonha*: estudo revela novos pudores e retrata mudanças na moral de hoje.

³⁹ JVC é uma indústria multinacional de eletrônicos, cuja marca era bastante conhecida nos anos 1980 e 1990.

Esse é um sintoma do lugar que as revistas viriam a ocupar a partir desse período. Era o lugar da autoajuda, mercado editorial que cresceu extraordinariamente entre 1996 e 1998 (conforme o gráfico abaixo retirado de VEJA, 13/11/2002). Propaganda do jornal *O Estado de São Paulo*, na revista VEJA, também revelava a situação de concorrência da literatura de autoajuda, na perspectiva da imprensa brasileira (VEJA, 26/03/1997, propaganda “*Estadão: autoajude-se*” [lendo o jornal]).

* gráfico retirado de VEJA, 13/11/2002, *Auto-ajuda que funciona*: o que dizem os mais respeitados autores que ensinam você a viver.

Conforme já foi dito, o empreendedorismo entrava em voga nesse período, mas não apenas no sentido econômico de abertura de empresa própria, buscando alternativas para o desemprego crescente, também no sentido de auxílio a si próprio para ter sucesso e saúde. A autoajuda foi então o modo mais divulgado de autoempreendimento para construção da própria viabilidade econômica, profissional e social. Para isso, o principal bem a adquirir era a informação prática. Como fazer para superar as crises geradas pela extrema modernização? Essa era a pergunta que a autoajuda respondia e que as revistas procurariam também responder a partir de então, apresentando ao leitor mais testes para que ele entendesse e avaliasse seus riscos e possibilidades, bem como sugerindo dicas e planos de ação cotidiana para as mais diversas esferas da vida. As revistas assumiriam, então, uma função educacional de formação de indivíduos que se autoajudam, gerindo a si mesmos.

Em 1998, inaugurava-se uma nova fase de divulgação da saúde, do bem-estar e do

autocuidado responsável. Primeiro porque, a partir desse ano, o aspecto qualitativo das notícias tornou-se visivelmente mais próximo do formato das notícias sobre saúde que encontramos hoje em dia, no que se refere aos hábitos saudáveis, aos riscos de DCNT e ao envelhecimento. Outro fator de importância é que a revista ÉPOCA iniciava suas atividades, o que pode ter interferido nas diretrizes das concorrentes. A partir daí, as noções de bem-estar, qualidade de vida e estilo de vida saudável estavam consolidadas como aquelas que vemos hoje, marcando o início da hiperpreocupação com a saúde ideal e com o autocuidado, que se estende até o momento atual.

1.2. O desenvolvimento dos principais temas da vida saudável durante a década de 1990

Após a cronologia das notícias referentes à fase de construção do ideário de bem-estar e qualidade de vida nas revistas, veremos com mais detalhes o desenvolvimento de alguns assuntos atualmente cristalizados com o rótulo de vida saudável, mas cujo tratamento nas mídias passou por modificações no decorrer da década de 1990.

Alimentação e sedentarismo

O livro *A cura do colesterol em 8 semanas* chegou ao Brasil em 1989, trazendo a cruzada americana contra os maus hábitos alimentares. A redução do colesterol e do açúcar ainda era relativizada, assim como os malefícios da obesidade. Curiosamente, até 1991, as revistas chegavam quase a questionar as pesquisas científicas que determinavam a eliminação da obesidade, a redução do sal, do açúcar e do colesterol para prevenção de males⁴⁰. Mas, de modo geral, o colesterol nunca mais deixaria de ser considerado um vilão para o sistema cardiovascular. Embasada em pesquisas científicas, VEJA apresentava hábitos para reverter o enfarte (31/10/1990, *Longe do Bisturi*): a) dieta pobre em gorduras; b) rotina de exercícios físicos regulares; c) técnicas de relaxamento. “Fatores psicológicos como stress podem estar

⁴⁰ Por exemplo, em VEJA, 24/01/1990: “a maioria não apenas está livre desse problema como também deve comer alimentos que forneçam o colesterol”, “a conclusão dos cientistas é a de que, para a imensa maioria da população, submeter-se a dietas rigorosas é um erro”, “os sadios não devem comer comida de doentes”. Em outras notícias: ISTOÉ, 07/12/1988, *Ser gordo não é tão ruim assim*: por herança genética ou fatores hormonais, a obesidade pode ser carregada com leveza; VEJA, 27/09/1989, *O exagero é que mata*; endocrinologista explica mitos e verdades das dietas e por que açúcar não é mais vilão; VEJA, 04/10/1989, *Um inimigo não tão perverso*: cientistas americanos dizem que pode ser perda de tempo tentar baixar colesterol com drogas e dietas; ISTOÉ, 18/10/1989, *A doce vida está de volta*: pesquisa mostra que o açúcar não é o vilão que se pensava, expunha que “o inimigo é a gordura e não o açúcar”; VEJA, 24/01/1990, *A volta da alegria de comer*: ciência derruba mitos do açúcar, sal e colesterol.

ligados ao sucesso do tratamento”, dizia a reportagem. Entretanto, no final, o *Mevacor*, medicamento que chegava ao Brasil, era destacado por VEJA como uma terapia eficiente que reduziria significativamente a taxa de colesterol. Essa ambiguidade entre hábitos saudáveis e medicamentos que poupam tempo e disciplina esteve presente em todo o período pesquisado (1988-2008), nas três revistas. Na primeira fase de pesquisa, isso era mais perceptível em VEJA, mas também ISTOÉ, a princípio mais defensora da mudança de hábitos do que da utilização de medicamentos, desde 1988 já falava dos novos remédios do futuro a serem lançados no país para combater doenças cardiovasculares e envelhecimento.

A cura pela alimentação era enaltecida em ISTOÉ, assim como a medicina de Hipócrates, segundo a qual “alimento é remédio”⁴¹, ainda que não o substitua para todas as doenças, conforme dizia a revista. Enquanto ISTOÉ noticiava a adesão de gente importante (políticos e celebridades) ao vegetarianismo e à macrobiótica⁴², em VEJA (24/01/1990), esses hábitos alimentares eram considerados “xiitas”: “comer carne foi característica evolutiva fundamental na espécie humana”. Ao contrário do que acontece hoje, uma vez que se recomenda prioridade no consumo de vegetais frescos, VEJA procurava desfazer “mitos” frequentes sobre o maior benefício dos alimentos naturais em comparação com os industrializados. A edição de 14/06/1989 continha um longo suplemento publicitário (patrocinado por, entre outros, *Walita, Sadia, Aspartame, Assugrin*) explicando com critérios científicos como a alimentação pode ajudar a saúde, frisando que usar congelamento e micro-ondas não faz mal, assim como não são nocivos os adoçantes, aromatizantes, espessantes e conservantes presentes nos alimentos industrializados. “Nem sempre os alimentos frescos são melhores, se comparados aos produtos processados e enlatados”, de acordo com especialista americano em nutrição consultado.

Entre 1991-1994, as atividades físicas começavam a ser aconselhadas para todos os males: envelhecimento, estresse, obesidade, hipertensão. Já em 09/01/1991, VEJA anunciava a nova proposta de ginástica na empresa – “fórmula importada do Japão e EUA vem dando excelentes resultados no Brasil”. Um dos idealizadores foi o SESI, que mais tarde criou a política de “indústria saudável” (Cf. SESI, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2010e). Porém, seria “fundamental transformar a ginástica em algo prazeroso, que faz parte do cotidiano do paciente”, conforme dizia professor de educação física a VEJA. Nesse período surgiram: as

⁴¹ ISTOÉ, 06/12/1989, *Mangia che ti fa bene*: o velho ditado italiano, come que te faz bem, ganha força científica entre os pesquisadores de alimentos na medicina moderna.

⁴² ISTOÉ, 17/02/1988, *Luluzinhas do vegetal*; ISTOÉ, 14/09/1988, *Bancada macrobiótica* (políticos do PT, Lula inclusive havia aderido).

mega-academias, que contariam com um número crescente de empresários e executivos; a ginástica com aparelhos dentro de casa; e os *personal trainner* - “arma contra a preguiça” (ISTOÉ, 20/07/1994, *Mania de malhar*). Nessa reportagem, percebe-se claramente a racionalização do corpo que tinha início nas academias de ginástica, no sentido de calculabilidade e planejamento do desempenho corporal a ser atingido, com apoio de inúmeros aparelhos e medidores para monitoramento do desempenho e dos riscos: “você analisa a parte cardíaca, analisa a capacidade física, faz todos os cálculos, vê quanto está consumindo de oxigênio e como está se comportando a pressão arterial”, segundo cardiologista. A “disciplina de horários é extremamente importante”, “principal fator de constância”, segundo a reportagem (ISTOÉ, 20/07/1994, *Mania de malhar*). Na sequência, um advogado dizia que se deixasse de ir à academia por dois dias, sua cabeça não funcionava: “Às vezes sinto preguiça, mas mesmo assim me forço a vir. Quando eu volto, vejo que meu trabalho se desenvolve melhor” (ISTOÉ, 20/07/1994).

A preocupação com a alimentação e as atividades físicas visando a “boa saúde” pode ser mais percebida dentro das revistas entre 1992 e 1994, porém, as muitas dietas da moda e o combate à obesidade ainda estavam relacionados à aparência estética. Antes de 1995, a obesidade não era uma preocupação de saúde; dietas e malhação visavam um corpo magro e esbelto principalmente porque ser gordo era ser feio. As calorias eram mais malignas que a gordura. O mercado de dietéticos esquentava (no início de 1990 faturava 50 milhões de dólares por ano), surgiam refrigerantes dietéticos, adoçantes e outros produtos. ISTOÉ apresentava algumas notícias que questionavam o padrão magro de beleza, enquanto VEJA falava da falta de autoestima dos gordos, do problema psicológico acarretado pela obesidade e da sobrecarga para a saúde. Em 1993/1994, ainda que timidamente, a obesidade infantil despontava como problema.

Alimentação e atividades físicas principalmente para a saúde e não somente para a boa forma, foram mais enfatizadas a partir de 1994, quando a guerra contra a obesidade também ganhava novos moderadores de apetite como aliados. Em 1995, a obesidade já era apresentada como doença dependente da força de vontade para o autocontrole - e não apenas como algo que se opunha ao padrão de beleza vigente. Cristalizava-se o preceito de que o importante é balancear, de que todo abuso é prejudicial.

Embora as dietas tenham sido um dos assuntos mais comentados nas revistas entre 1988 e 1998, na distribuição anual o percentual de notícias especificamente voltadas para dietas e exercícios físicos não é tão alto assim, em relação aos demais temas. No entanto,

durante os anos 1990, alimentação e exercícios foram hábitos cada vez mais insistentemente recomendados em outras notícias (sobre beleza, DCNT, envelhecimento, doenças psíquicas, estresse, etc.), além de terem adquirido relevância ao serem projetados para as capas, na metade da década.

Entre 1995 e 1998, a malhação ideal passou a ser aquela leve e sem dor, com menos riscos para a coluna e para o coração. Um conceito de exercício físico de baixo impacto, moderado, porém frequente, mais condizente com o prazer proposto pela noção de bem-estar. Algumas pouquíssimas reportagens falavam em coluna e em lesão por esforço repetitivo. Em compensação, surgiam novos medicamentos para emagrecer, tais como o famoso *Xenical*, que receberam grande atenção das revistas.

A partir de 1995, a obesidade, além de esteticamente rejeitada, passava a ser sinônimo de falta de saúde futura. Quase ninguém contratava obesos, deprimidos ou pouco saudáveis, segundo notícias de 1995 a 1998⁴³. Já não bastaria ser saudável no presente, mais importante era a perspectiva do risco de saúde, definitivamente implantada desde então.

Beleza e estética corporal

Entre 1991 e 1994, o rejuvenescimento e a estética foram impulsionados pelos novos cosméticos e medicamentos que chegavam ao Brasil. As cirurgias plásticas estavam sendo mais procuradas e também surgiam novas técnicas faciais e corporais. Conforme ISTOÉ (23/11/1994, *A fábrica do corpo*), “o sonho de ser pessoa bonita hoje é possível para inúmeras pessoas que têm dinheiro para investir, mas nada adianta se hábitos não mudarem”, referindo-se à alimentação “equilibrada” e exercícios físicos. E ainda: “Hoje o empresário e o executivo querem se cuidar e estar joviais para competir no mercado profissional”. Para VEJA (22/09/1993, *Viver bem é a melhor vingança*) “é possível estender a boa aparência e a saúde até os 60”, “quem malha todo dia tem saúde e energia”. A notícia, que apresentava os principais lançamentos cosméticos anti-idade, resumia a legitimação da longevidade com qualidade de vida e beleza. A necessidade de argumentação para convencer a busca de beleza na maturidade indica que naquele momento o autocuidado com a aparência ainda não era uma preocupação generalizada:

⁴³ VEJA, 01/03/1995, *Estilo de resultados*: pesquisa mostra o que ajuda e o que atrapalha para arrumar um bom emprego. O que empregadores não querem? 70% fumantes, 68% obesos, 38% solteiros com mais de 35 anos, 23% divorciados.

Não é tolo nem eticamente contestável querer prolongar a juventude e a própria vida humana, mesmo num mundo superpovoado, onde ainda não se encontrou a cura de males antigos como o câncer ou de pestes novas como a AIDS, onde criancinhas morrem de subnutrição e os recursos naturais se esgotam. Na prática, um salto monumental já foi dado: a expectativa de vida que era de 45 anos no fim do século passado, pulou para 68 anos no Brasil, 72 nos EUA e 76 no Japão. É justo que esses anos e todos os outros que os milagres da genética venham a conquistar sejam aproveitados em sua plenitude, com saúde física e mental, boa aparência, disposição. Afinal, viver bem sempre foi, e vai continuar a ser, a melhor vingança. (VEJA, 22/09/1993, *Viver bem é a melhor vingança*)

Até 1994, o rejuvenescimento e o emagrecimento apareciam relacionados a grupos de prestígio: celebridades, socialites, políticos e profissionais que lidavam diretamente com o público. A partir de 1995, a beleza estética começava a ser necessidade de todos para conseguir um emprego, raro na época. É interessante notar que em 1996 e 1997 houve um crescimento nas revistas tanto do número de anúncios de medicamentos para a beleza, quanto de reportagens sobre plásticas e sobre novos cosméticos, dos quais se beneficiava também o público mais jovem. Principalmente em ISTOÉ, a estética ganhou atenção no período de 1995-1998. Os homens eram o novo público alvo da cosmética e das cirurgias plásticas.

DCNT e envelhecimento

Dentre as DCNTs, a maior preocupação de 1988 a 1991 era com o coração; naquela época já se dizia que tomar aspirina evitava o primeiro enfarte. Novas tecnologias de cirurgias e transplantes apareciam muito mais nas notícias do que hábitos para prevenção, visíveis somente a partir de 1990. A mamografia passou a ser indicada para mulheres acima de 40 anos e foram iniciadas campanhas pela prevenção do câncer de mama com fotos de celebridades. O primeiro censo de diabetes revelava 8 milhões de diabéticos no Brasil, com maior incidência em cidades mais ricas (VEJA, 16/08/1989, *O amargo perfil do diabetes*). O alto índice de colesterol da população era preocupação recente (em torno de 25% das mortes entre 20 e 49 anos, e 50% para pessoas acima de 50 anos, segundo ISTOÉ, 05/04/1988). Em 1989, pesquisa da Faculdade de Saúde Pública-USP, publicada em VEJA (23/11/1988, *Perfil da fatalidade*), revelava que dentre mulheres em idade produtiva a incidência de câncer de mama e enfarte era maior para as que exerciam profissões intelectuais. Os operários, por outro lado, morriam mais de homicídio. Estimava-se que o número de enfartes agudos na população era mais de cem vezes superior ao número de casos de AIDS no país. Entretanto, os problemas cardiovasculares geralmente eram atribuídos a executivos e profissionais que sofriam muita pressão (VEJA, 13/09/1989, *A outra face do sucesso: executivos são mais*

expostos aos riscos de doenças cardiovasculares).

Entre 1988 e 1994, os riscos ficavam restritos a determinados grupos com tendências hereditárias para desenvolver DCNT, ou a grupos profissionais específicos, geralmente executivos e intelectuais. Esse é um ponto interessante a ser ressaltado, até 1993 e 1994, em ambas as revistas, os cuidados preventivos de saúde eram retratados como hábitos de grupos de elite - empresários, executivos, políticos, intelectuais e celebridades. Mesmo em notícias de outras áreas não relacionadas à saúde, representantes desses segmentos eram muitas vezes fotografados durante atividades esportivas; eles eram a referência de hábitos saudáveis e autocuidado. Nas décadas seguintes, pessoas desconhecidas das camadas médias também estariam nas fotos e reportagens, narrando como conquistaram uma vida com mais qualidade.

Após 1991, as mulheres também se tornaram vítimas de enfartes tanto quanto os homens, segundo as revistas por estarem cada vez mais presentes no mercado de trabalho e por assumirem responsabilidades antes masculinas, sofrendo, por isso, maior pressão. A receita para evitar infartos: “não fumar, controlar peso e fazer exercícios físicos, preferencialmente caminhadas”⁴⁴. Em 1994, o vinho passava a ser recomendado para o coração.

O envelhecimento ativo era propalado em ambas as revistas, mas, principalmente, em ISTOÉ, desde 1991. O importante era manter “a atividade em tempo integral”, “não parar nunca”, “ter um projeto para envelhecer bem” (ISTOÉ, 25/11/1992). Pacientes jovens começavam a procurar geriatras para retardar o envelhecimento e a nova moda era o uso de vitaminas para obter uma saúde perfeita e prolongar a vida. A meia idade não seria mais uma fase de crises e sim de plenitude, com a ajuda dos conhecimentos científicos que indicariam como retardar o envelhecimento e forneceriam novas tecnologias para isso. Doenças típicas da velhice passaram a ser mais noticiadas. As DCNTs, cuja incidência aumenta com a idade, começaram a ser problematizadas com mais frequência a partir de 1995, assim como os hábitos para evitá-las e os novos medicamentos para combatê-las.

Ocorre que, no período 1995-1998, havia mais pesquisas estatísticas sobre saúde física e mental, e os males da população passaram a ser mensuráveis, o que não acontecia sistematicamente em períodos anteriores. Com isso, era possível apresentar numericamente os riscos de saúde. Não sabemos se eles existiram desde sempre ou não, mas, a partir desse período, a informação sobre os riscos de saúde, sobretudo os riscos de DCNT, passaram para o primeiro plano. A ênfase estava na prevenção por meio de diagnósticos e na adoção de

⁴⁴ Em propaganda do iogurte *Biovita*, em 1991, a Nestlé ensinava: “Pense mais em você, sua fraca”.

hábitos saudáveis. Porém, as DCNTs já não eram um problema restrito às pessoas acima da meia idade. Afinal, até crianças poderiam ser acometidas de hipertensão, diabetes, obesidade e depressão. Os sadios também deveriam cuidar-se; era necessário começar o mais cedo possível e prevenir-se para a vida inteira. As DCNTs cresciam em importância e os hábitos e diagnósticos preventivos eram indicados nas reportagens sobre infartos e cânceres de próstata que acometeram políticos influentes e do alto escalão do governo. Os cânceres ganharam mais destaque nesse período e as notícias a respeito chegaram às capas.

Entre 1995 e 1998 havia um mercado um pouco mais preparado para atender os anseios daqueles idosos que podiam gozar de aposentadorias mais polpudas. A indústria cosmética e de vitamínicos foram algumas das que se beneficiaram com o envelhecimento, mas também a indústria farmacêutica, que passou a dispor de medicamentos para combater arteriosclerose, osteoporose, hipertensão e alto colesterol. Além disso, com as reformas na aposentadoria, começavam a surgir fundos privados que também usufruíam economicamente dos riscos do envelhecimento (planos de previdência privada, investimentos para plásticas futuras, seguros para câncer de mama, etc.).

O grande avanço científico do período, saudado amplamente pelo público masculino e pelas revistas, foi a pílula para impotência, cuja comercialização foi aprovada em 1998. A partir de então, a sexualidade foi estendida à terceira idade. A vida sexual ativa tornar-se-ia, de uma vez por todas, parte integrante da saúde. Muitas propagandas do laboratório fabricante do medicamento, em 1998, em VEJA, mais do que convidavam, convocavam os homens a conversarem com as esposas sobre o assunto e a procurarem auxílio médico para a resolução do problema⁴⁵.

Doenças psíquicas e disposição mental

A ideia de integração entre corpo e mente aparecia discretamente no período 1988-1989, mais em ISTOÉ do que em VEJA, e mais voltado para o estresse e a ansiedade do que para a depressão. Lia-se em ISTOÉ (09/11/1988, *Um país estressado*) que o Brasil estava em segundo lugar entre as sociedades mais cansadas do mundo: “não é a quantidade de trabalho,

⁴⁵ Propagandas da *Pfizer* em VEJA: (16/09/1998) “Sexo é muito bom, principalmente para quem faz. Disfunção erétil tem solução, procure seu médico”; (30/09/1998) “Só existe uma coisa que assusta mais que a impotência: o medo de falar no assunto (foto de mulher com cara de brava). Disfunção erétil tem solução, procure seu médico”; (14/10/1998) “Passou a vida inteira falando de seu desempenho sexual para os outros, agora não tem coragem de falar para uma só pessoa (a esposa)”; (23/12/1998) “Impotência tem cura, falta de informação também”.

mas a pressão que estressa”; “trabalhar muito não é necessariamente o caminho do stress: sua causa é, basicamente, a maneira como se trabalha”; “as empresas precisam trabalhar o indivíduo como indivíduo, não apenas como profissional”, afirmava uma psicóloga. O incerto cenário econômico do país também era considerado causador de estresse por ISTOÉ, que apresentava um quadro: “descubra se você sabe se cuidar diante das pressões”. Em agosto de 1989, tinha início o *I Censo sobre Saúde Mental no Brasil* (VEJA, Radar, 16/08/1989). A depressão ainda não era grande preocupação e o estresse era alvo de maior atenção, principalmente relacionado às doenças cardíacas. Nesse ano, VEJA começava a falar da farmácia do bem-estar e de drogas para “doenças afetivas” (depressão, síndrome do pânico). VEJA definia, então, depressão como um “tipo de doença com sintomas renitentes de apatia, falta de alegria, de apetite e de desejo sexual”; “uma tristeza que não é normal”. A questão colocada, ainda hoje presente, era o diagnóstico da depressão. Como saber se aquela tristeza estaria dentro dos padrões aceitáveis?

Em 28/05/1989, ISTOÉ explicava que os estudos que indicavam fatores psicológicos como predisposição ao câncer não eram conclusivos (tais como suposições de que pessoas que controlam excessivamente as emoções e não explodem criam câncer). Essa ideia ainda está presente no senso comum atual, quando se fala em fatores emocionais de adoecimento, embora não seja embasada. Porém, naqueles anos, ISTOÉ ainda problematizava mais os aspectos sociais, muito mais do que VEJA, assim como também valorizava mais a psicologia, tendência que se manteve em todo o período 1988-1998, modificada, entretanto, na década seguinte. Segundo um psicólogo brasileiro, em ISTOÉ, “o maior câncer é social e não psicológico”. Em 18/07/1990, ISTOÉ (*A doença do medo: médicos estudam as causas da síndrome do pânico*) apontava que o medo antes tratado como sendo de ordem psicológica, podia ser efeito de um distúrbio orgânico, biológico. Recomendava hipnose como terapia, mas também explicava que medicamentos antidepressivos bloqueavam as crises de pânico⁴⁶.

Em capa de 21/11/1990 (*Inteligência*), VEJA falava de inteligências múltiplas e explicava “como se cria e se expande a inteligência”, “mercadoria valiosa nesse fim de século”, já não vinculada com habilidades analíticas e de abstração, mas com capacidade de “aprendizado, raciocínio, memorização, adaptação ao ambiente, motivação e esforço”. Conforme estudioso entrevistado, pensamentos e emoções, “mesmo as de origem religiosa”, poderiam ser explicados pela química ou pelos impulsos elétricos. A principal conclusão da revista era que o poderio do cérebro pode ser aumentado se exercitado, “esforço pessoal são

⁴⁶ Estimava-se, na época, que cerca de 3% dos brasileiros sofriam de pânico e agorafobia, 1% de fobia social e 1% de outras fobias.

os braços e as pernas da inteligência”. Outro estudioso sustentava “que a inteligência, bem como a personalidade, pode ser construída de maneira produtiva, a despeito da carga genética herdada”. A reportagem falava em multiplicação das habilidades e propunha como exercício “uma bateria de testes para ginástica cerebral”.

Sobre o sono, ISTOÉ (16/08/1988) explicava a insônia associada ao relógio biológico; VEJA (18/10/1989, *A ciência do sono*) mencionava uma nova molécula sintética, chamada “pílula anti-sono” (*Modafinil*), ainda proibida, que agiria no sistema nervoso central, mas que não fazia parte da família de estimulantes: seria um medicamento enganador do relógio biológico. A grande indagação naquele momento, segundo essa revista, era: por que se dorme? Em outras palavras, como ficar acordado para ser mais produtivo. A “ciência” buscava “desvendar” os mistérios do cérebro, tais como a inteligência (VEJA, 03/07/1991, *O recado dos bebês*) e o sono; esse último, ultraimportante para a produtividade. Mas, em 1993, já não se tratava de esticar a vigília para aproveitar melhor o tempo, pois se descobria o óbvio: “a medicina descobriu que enquanto a pessoa dorme, está se preparando para enfrentar um novo dia” (VEJA, 20/01/1993, *Suave é a noite*). Muitos acidentes de trabalho decorriam de horas mal dormidas. Portanto, já não era considerado eficiente trabalhar incansavelmente por horas a fio, sendo melhor para a saúde dormir bem por um número adequado de horas.

Conforme relatava a notícia, “distúrbios do sono agora são vistos como falhas da mente em repouso”. Mas para “sofredores noturnos, há boas notícias”: “terapias que misturam técnicas de relaxamento com drogas de terceira geração – como o *Imovane* da *Rodhia*, que não causam dependências físicas, podem curar quase 90% dos casos de insônia”. Muitos medicamentos engordavam a farmácia do bem-estar, e eram noticiados principalmente em VEJA. A insônia, ainda hoje, é predominante em ambientes metropolitanos, o que deveria indicar sua dimensão social e ambiental. Entretanto, os motivos apontados são biológicos ou psicológicos, sobretudo neurológicos.

Uma das ciências que começava a obter destaque no período 1988-1998 foi a neurologia, principalmente devido ao aumento das pesquisas sobre doenças degenerativas do cérebro, decorrentes do envelhecimento (Alzheimer, Parkinson, perda de memória). Em 1991, de acordo com ISTOÉ, foi tirada “a primeira foto do ‘pensamento’ (do cérebro em plena atividade)”, revelando “alguns mistérios da corrente cerebral”. Tratava-se da tomografia por emissão de pósitrons (PET). De acordo com as revistas, o funcionamento do cérebro e do sistema nervoso estava sendo desvendado, oferecendo novas possibilidades de explicação para distúrbios que antes eram considerados de origem psicológica. Assim, a depressão, as

fobias, o mecanismo do sono e as explicações neurológicas para o comportamento humano adquiriram cada vez mais importância, sobretudo em ISTOÉ, desde 1992, mas também em VEJA, a partir de 1994. Importante ressaltar que os estudos neurológicos abriram a possibilidade para que os distúrbios emocionais fossem tratados como doenças de ordem biológica, passíveis de tratamento químico⁴⁷.

Em 1994, a transformação dos comportamentos em patologias já podia ser percebida em VEJA. Agora os “neuróticos” tinham um “arsenal de 46 drogas e 400 terapias” para se tratarem. Havia na reportagem (VEJA, 23/03/1994, *Dr. Prozac contra Freud*) forte tom subliminar de sugestão, mais do que de terapias, do uso de medicamentos para as dores psíquicas. Pela primeira vez, a depressão aparecia claramente como doença e um teste para sua autodetecção era apresentado ao leitor. O estresse também ganhava relevância como causador de doenças (como distúrbio de agravo das DCNTs, especialmente as relacionadas ao coração). Entretanto, é interessante notar que o estresse não era visto como problema. Tratava-se de algo que, se controlado, poderia até ser útil. Essa visão permanece até hoje nas notícias. Também havia certa insistência em desvincular estresse de trabalho, já que este deveria ser encarado como algo prazeroso. Os incômodos emocionais causados pelo trabalho, sobretudo pelas relações com colegas e chefes, deveriam ser contornados pelo autocontrole emocional. Em entrevista a VEJA em 06/05/1992, Adib Jatene (“*Não abdicar da luta*”) receitava saúde ao leitor: “é não fumar, alimentar-se sem exageros”. “O segredo é trabalhar sem reagir contra o trabalho. Não podemos ficar tensos, trabalho não mata. O que mata é a raiva, e eu não sou raivoso”, dizia ele. Em entrevista com um psicólogo criador de programa antiestresse para executivos, alguns meses depois, o título era uma alusão à frase dita por Jatene (“o que mata é a raiva”) (VEJA, 11/11/1992, *A raiva mata*). Nesse momento, já se falava em *estresse*, termo brasileiro, e não mais em *stress*, em inglês. VEJA procurava enfatizar em ambas as entrevistas que “trabalho não mata”. O estresse depende do modo como o indivíduo enfrenta seus problemas, ideia reforçada muitas vezes nas reportagens de capa do período 1999-2008, nas três revistas.

Entre 1988 e 1998, ISTOÉ noticiava mais sobre saúde mental, antipsiquiatria, revalorização da medicina generalista nas políticas públicas, terapias para pessoas normais e medicinas alternativas. Por vezes, era um contraponto a VEJA, denunciando os abusos da indústria farmacêutica, que corresponderiam ao “comércio de doença”. Colocava-se contra propagandas usuárias de meios subjetivos para vender medicamentos como se fossem

⁴⁷ Saudado como “escapa-divã”, *Prozac* foi acusado nos EUA, em 1988, de provocar suicídio, conforme VEJA. O Ministério da Saúde anunciava que 8% da população brasileira tomavam tranquilizantes.

inofensivos e pedia “suspensão de medicamentos ineficazes”: “Dois terços das fórmulas das farmácias no Brasil não deveriam ser consumidas” (ISTOÉ, 24/02/1993). Também relatava que, segundo a OMS, 130 mil brasileiros morriam por uso inadequado dos medicamentos ou por sua ineficácia. Tratando-se de distúrbios psíquicos, ISTOÉ parecia a favor de meios mais brandos de tratamento do que os químicos, ainda que, para as DCNTs, a solução fosse oferecida pela associação entre hábitos saudáveis e farmacoterapia. Durante a primeira fase da pesquisa houve, sem dúvidas, maior tendência de ISTOÉ para o bem-estar e para as questões de saúde psíquica do que VEJA. Percebe-se que VEJA condenava sutilmente os tratamentos psicológicos por serem mais demorados, sugerindo “que comem tempo e dinheiro” e enfatizando a agilidade da medicação⁴⁸.

De modo geral, entre 1993 e 1995, mais em ISTOÉ do que em VEJA, entravam em cena com mais força os especialistas *psi*, para auxiliarem a nova mulher a dirigir sua vida globalizada e conciliar a carreira com a família, ensinando como agir com os filhos⁴⁹, com as relações amorosas e profissionais, como controlar o estresse, a ansiedade e a depressão. A partir de 1995, as chamadas “doenças afetivas” passaram a receber mais atenção assim como os “medicamentos para a alma” (antidepressivos, ansiolíticos, soníferos, etc.), bastante enfatizados por VEJA. Em compensação, ISTOÉ destacava os hábitos corporais e emocionais para o controle do estresse, da ansiedade e da depressão, além de dar mais espaço para a informação sobre os mecanismos neurológicos de funcionamento desses distúrbios.

Distúrbios psíquicos ganhavam importância, tais como a depressão e as fobias. A felicidade, o prazer, a fé e o otimismo como fatores promotores de saúde foram temas primeiramente abordados nas capas de ISTOÉ. Quanto às questões emocionais, VEJA permanecia na dianteira da defesa dos medicamentos, embora, em 1997, também noticiasse o abuso do uso de remédios, o que fez com que um leitor reagisse dizendo: “é importante

⁴⁸ Em VEJA (17/07/1992, *Divã químico*) pode-se ler: “custa pouco mais que um big Mac e seus usuários garantem que tem o poder de transformar a vida em algo suportável”; “*Lexotan*, *Lorax*, *Sonebon* são uma coqueluche, todos estão tomando”; “a propaganda é de boca em boca”, “*Lexotan* não compromete o pique, por isso o sucesso, mas, assim como outros tranquilizantes menores, pode causar dependência após uso prolongado e estimular a depressão”, alertava especialista. “Aos olhos do consumidor, porém, as vantagens superam os riscos”, dizia VEJA.

⁴⁹ ISTOÉ, 19/07/1995, *Como educar seus filhos?* Pesquisas revelam que a maioria dos pais prefere a volta da autoridade; ISTOÉ, 05/02/1997, *O que dizer a seu filho quando...* (ele começa a beber, quer parar de estudar, se mete em brigas, diz que não pediu para nascer, revela que é homossexual (matéria ganhou prêmio do Instituto Ayrton Senna)); VEJA, 30/07/1997, *Sem tempo para os filhos*: como as mães e os pais que trabalham demais podem valorizar as poucas horas que passam com as crianças; ISTOÉ, 04/03/1998, Entrevista, *Palmada é incompetência*: especialista em educação infantil diz que agressão física revela incapacidade dos pais de impor moralmente sua autoridade; ISTOÉ, 08/04/1998, *Como domar seu diabinho*: por que as crianças estão cada vez mais agressivas; VEJA, 07/10/1998, *Os pequenos imperadores*: queridinhos dos papais os filhos únicos desafiam velhos modelos educacionais.

ressaltar a propaganda milagrosa que faz a mídia sobre os remédios” (VEJA, 18/06/1997, *Cartas*). Uma das novidades foi a extensão dos medicamentos psicotrópicos para as crianças, que também passavam a ser diagnosticadas com quadros de estresse, depressão e hiperatividade.

Os estudos neurológicos foram tema de algumas poucas reportagens até 1998, nas quais o foco, no final do século, eram a memória e o desenvolvimento das capacidades mentais para a prevenção de doenças degenerativas do cérebro, como o Alzheimer. Por outro lado, a informatização requeria mais esforço mental, seja para a memorização de inúmeras senhas eletrônicas⁵⁰, seja para o aprendizado das ferramentas de utilização dos aplicativos; os estudos sobre o cérebro traziam a expectativa de aumentar seu poderio. A ideia que continuava sendo gestada neste período e que explodiria no século XXI era que o cérebro possui plasticidade e suas capacidades podem ser ampliadas se exercitado.

Medicinas alternativas e práticas integrativas complementares

As Práticas Integrativas Complementares (PIC) quase não apareceram em VEJA no período 1988-1998, ainda que algumas poucas notícias denunciassem a falácia da homeopatia, e os riscos da fitoterapia e da acupuntura. As alternativas eram retratadas por VEJA como falsa promessa. Na ocasião da morte de Dina Sfat por câncer de mama, VEJA (29/03/1989) dizia que ela “não quis abandonar métodos tradicionais de tratamento e preferiu recorrer à acupuntura, homeopatia e parapsicologia. Meses mais tarde, sem obter resultados, teve de fazer mastectomia”. Em reportagem de capa de VEJA (10/02/1988) sobre dores na coluna, a acupuntura utilizada por celebridades era relatada com ares duvidosos. VEJA apresentava conselhos para evitar desgastes, mas não falava em alongamentos, ginástica laboral, acupuntura, ioga, etc. A ciência com sua tecnologia cirúrgica iria resolver os males das costas, tanto para VEJA quanto para ISTOÉ, embora a última recomendasse Reeducação Postural Global (RPG) e massagens já em 1990.

Em ISTOÉ, as medicinas alternativas apareceram mais vezes. Embora ainda fossem retratadas como algo fora do alcance científico, eram referendadas por políticos e celebridades que lhes davam respaldo (01/08/1988, *Bruxos à solta*; 08/11/1989, *Banho de energia*). Acupuntura, medicina chinesa e fitoterapia, florais, iridologia, biocibernética bucal, como também misticismo, reencarnação, terapia de vidas passadas e astrologia eram temas

⁵⁰ VEJA, 15/11/1995, *Haja memória!* Quantidade cada vez maior de senhas e algarismos requer boa memória das pessoas e complica vida moderna.

frequentes em ISTOÉ. Em 12/05/1993, essa revista foi a primeira a dedicar reportagem mais longa às medicinas alternativas⁵¹.

VEJA permanecia reticente⁵². Somente em 16/02/1994, pela primeira vez, essa revista abordaria as alternativas de modo um pouco mais amigável, frisando tratar-se de práticas sem comprovação científica, com algum efeito psicológico, que ainda eram condenadas pela corrente hegemônica da medicina. A imagem que ilustrava a reportagem denotava os aspectos mágicos dos tratamentos alternativos, cujas racionalidades preveem a existência de uma energia vital (imagem de pessoa deitada com uma luz saindo do corpo).

Uma particularidade relativa às PICs no período 1995-1998 foi o reconhecimento da acupuntura como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina. A declaração do Ato Médico na Acupuntura, em 1995, foi uma tentativa de detenção do monopólio dessa prática pela corporação médica⁵³, mas também representou o reconhecimento da eficácia e a legitimação de uma das principais medicinas alternativas no âmbito da esfera científica, abrindo o caminho para outras práticas não convencionais, sobretudo as de origem asiática. Mais uma vez, havia uma diferença significativa entre ISTOÉ e VEJA, com relação ao tratamento dado ao assunto. Enquanto a primeira defendia a prática irrestrita de acupuntura, a segunda alinhava-se aos interesses médicos de exclusividade na apropriação dos saberes tradicionais.

A adesão dos médicos proporcionou maior divulgação da acupuntura⁵⁴ e de outras

⁵¹ ISTOÉ, 12/05/1993, *Terapia alternativa*: modo de usar; Segundo a OMS 20% da população do planeta já usaram medicinas alternativas. Acupuntura e fitoterapia têm bases científicas comprovadas, florais e cromoterapia não, neste caso o "princípio ativo é a autoajuda", o "ajuda-te a ti mesmo".

⁵² VEJA, 15/05/1991, *O país do erro médico*; VEJA, 15/05/1991, *Ponto de vista A doença do misticismo*: médico opina contra "curandeiros" e terapeutas alternativos; VEJA, 15/07/1992, *Racha na pajelança*; VEJA, 12/02/1992, entrevista médico: *câncer pode ser controlado se diagnosticado cedo*; tratamentos alternativos são aceitáveis se não interferirem na terapia biomédica, "charlatões estimulam troca de tratamento". Outra médica em VEJA, 29/07/1992, *Ponto de vista, Chega de charlatanismo*: "alternativos exóticos e bruxarias não resolvem problemas reais dos brasileiros". Em 15/07/1992, VEJA diz que "psicólogos reagem contra o crescimento de técnicas pouco ortodoxas" e que o *National Institute Health* (EUA) começaria a investigá-las com mais rigor em 1993. Mas, em 18/08/1993, famoso médico americano mostrava em VEJA que dietas, exercícios e meditação poderiam reverter algumas doenças cardíacas.

⁵³ Em 1995, a acupuntura foi reconhecida no Brasil como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Desde então a exclusividade dessa prática vem sendo reivindicada judicialmente pela corporação médica, que a considera um procedimento invasivo, de natureza cirúrgica, para o qual somente médicos teriam autoridade. Em 2001, o CFM entrou com uma ação jurídica contra outros conselhos profissionais da área da saúde que, anteriormente, já haviam reconhecido a acupuntura como especialidade - fisioterapeutas (1985), biomédicos (1986), enfermeiros (1997), farmacêuticos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (2001) - acusando-os de "exercício ilegal da medicina pela prática da acupuntura". É importante frisar que na grande maioria das nações a acupuntura pode ser praticada legalmente por profissionais sem formação em medicina. A guerra das agulhas continua ainda em 2013, mas, por enquanto, o monopólio médico foi derrotado.

⁵⁴ VEJA, 23/08/1995, *A lógica da agulha*: Conselho Federal de Medicina admite que acupuntura é eficiente e a coloca na lista de especialidades médicas; VEJA, 12/11/1997, *O poder da agulha*: Instituto Nacional de Saúde (NIH) americano reconhece a eficácia da acupuntura; ISTOÉ, 16/09/1998 *De volta à inquisição*: Conselho

práticas alternativas, bem como das concepções e hábitos de autocuidado que carregam. Começava, no Brasil, o processo de legitimação das medicinas alternativas como *complementares*⁵⁵ à medicina alopática convencional. As descobertas neurocientíficas comprovando a interferência da psique no plano biológico, portanto reforçando as teorias da psicossomática que já vinham sendo defendidas pelas medicinas alternativas, podem ter sido fator bastante significativo para a alteração das concepções de integração entre corpo e mente e de cuidados com a saúde, definindo novo direcionamento das notícias sobre essas medicinas.

ISTOÉ foi a primeira a destacar as medicinas alternativas em capas⁵⁶ e já as vinha divulgando amplamente desde anos anteriores. Até 1998, VEJA ainda não tinha nenhuma capa acerca do tema e somente algumas reportagens foram dedicadas à acupuntura e ao ingresso das medicinas alternativas no SUS, sempre de modo crítico⁵⁷. Também a meditação teve sua primeira capa em ISTOÉ⁵⁸, em 1998, enquanto VEJA criticava o uso de terapias orientais⁵⁹ e preferia noticiar o “poder mental” do cérebro (19/08/1998, *O poder da mente*) e a ampliação dos potenciais humanos pelo viés “científico”.

Até 1998, as PICs ainda recebiam mais aprovação em ISTOÉ e eram apresentadas como riscos para a saúde em VEJA. Porém, em ambas as revistas, o assunto era pouco tratado, se comparado ao destaque dado aos novos remédios de efeito psíquico como o *Prozac* e drogas similares. Na década seguinte (1999-2008), graças à associação com a neurologia para a explicação da eficácia, as PICs seriam reconhecidas como meios de autocuidado e busca de bem-estar legitimados pela ciência e pela medicina oficial. Todavia, nunca chegaram a fazer frente aos medicamentos para o corpo e para a alma, que, de longe, ganharam em visibilidade.

federal de Medicina proíbe médicos de usar terapias alternativas e quer estudos para comprová-las; ISTOÉ, 30/12/1998, *O poder das agulhas*.

⁵⁵ O termo *complementar* significa uma atenuação da oposição entre medicina alternativa e medicina alopática, uma vez que não mais é exigido o abandono dos medicamentos (Cf. BARROS, 2000). Por outro lado, representa também certa submissão das medicinas alternativas à lógica biomédica e à medicina baseada em evidências, pois a medicina ortodoxa assimila as técnicas alternativas como ferramentas auxiliares no tratamento das doenças, descartando qualquer concepção que confronte seus pressupostos.

⁵⁶ ISTOÉ 30/10/1996, *A cura alternativa*: quando a ciência tradicional falha, a solução pode estar na homeopatia, na acupuntura, nos florais e em outros tratamentos não convencionais; ISTOÉ, 28/05/1997, *Curandeiros*: por que cada vez mais os brasileiros são atraídos por curas milagrosas, apesar dos avanços da ciência.

⁵⁷ VEJA, 11/06/1997, *Receita natural*: homeopatia, acupuntura e ervas ganham terreno nas brechas da medicina tradicional; VEJA, 29/07/1998, *Farmácia natural*: remédios de plantas são distribuídos no SUS.

⁵⁸ ISTOÉ, 09/09/1998, *Meditação*: “como usar essa técnica milenar para vencer a crise, escapar do stress cotidiano, ganhar energia, melhorar sua concentração, tomar decisões difíceis. A meditação ultrapassa a fronteira do esoterismo e vira ferramenta para enfrentar pressões da vida cotidiana”. Editorial sobre o assunto falava de meditação como reengenharia de processos decisórios nas empresas e de como executivos já meditavam.

⁵⁹ VEJA, 24/06/1998, *Salvação para tudo*: terapias caras e inspiradas em filosofias orientais seduzem a classe média brasileira.

1.3. Segunda fase da pesquisa (1999-2008): a consagração dos hábitos saudáveis e do bem-estar como saúde

A proposta deste breve tópico é fazer considerações mais genéricas sobre a investigação das reportagens de capa das revistas VEJA, ISTOÉ e ÉPOCA, de 1999 a 2008⁶⁰. As narrativas sobre autocontrole emocional e distúrbios psíquicos, recorte escolhido para esse período, assim como sobre o acirramento da campanha pelos hábitos saudáveis, serão expostos com mais detalhes no capítulo seguinte.

No que diz respeito à segunda fase da nossa pesquisa, foram primeiramente coletados todos os títulos das capas das três revistas e depois separados aqueles relacionados à saúde e ao bem-estar.

* o total anual de capas é, em média, 52; em 1998, ÉPOCA teve somente 32 revistas, pois iniciou em maio.

O número de capas aponta, conforme consta nos quadros (5 a 8, p 310-311) e gráficos (1 a 6, p. 312-313) do Anexo II, que, diferentemente do período anterior, no qual a política e a economia predominavam nas capas, agora a atenção dada à saúde e à política era quase igual em proporção, salvo em anos de eleição ou quando houve grande turbulência política, como no caso do mensalão. Ao contrário, o número de capas sobre saúde e bem-estar parece subir nos primeiros anos de mandato dos governos federais. Talvez tenha havido uma trégua política preenchida por esses assuntos de bem-estar nas capas desses anos. A média de capas de ÉPOCA sobre política (1999-2008)⁶¹ foi mais baixa que as das outras revistas. Em compensação, dentro do conjunto de capas de saúde e bem-estar, ÉPOCA deu mais destaque

⁶⁰ No Anexo I (p. 295-306), consta o levantamento de todas as capas de saúde e bem-estar de VEJA, ISTOÉ e ÉPOCA entre 1998-2011. Duas capas de ISTOÉ e uma capa de ÉPOCA não foram encontradas; por isso, não foram contabilizadas. Embora a pesquisa termine em 2008, algumas capas publicadas entre 2009-2011 foram incluídas na análise, para averiguar os desdobramentos das diretrizes traçadas anteriormente.

⁶¹ Lembramos que, para efeito de comparação entre os totais e médias de capas, usamos períodos iguais de 11 anos (1988-1998 e 1999-2009).

para notícias de saúde pública, bioética, planos de saúde e legislação, e sobre dependências químicas do que as outras revistas, além de ter apresentado maior número de capas sobre violência. Nos primeiros anos de publicação, a revista ÉPOCA dedicou menos capas à saúde, mas passou a acompanhar as outras revistas, a partir de 2001.

As capas sobre comportamento afetivo e sexual também foram constantes nas três revistas e - uma novidade - surgiram capas sobre trabalho com temas antes considerados de autoajuda: a importância da ambição, como obter sucesso ou ficar rico, como aumentar o talento e a criatividade e como aumentar as próprias habilidades de comunicação para construir uma personalidade vencedora⁶². Além de outras capas, cujos temas são, efetivamente, mais próximos do campo da autoajuda⁶³: busca da própria felicidade, poder de superação e de mudança, paz interior, fé e otimismo.

As emoções – tais como culpa, vingança, perdão, ciúmes⁶⁴ - foram alvo de reportagens de capas e esmiuçadas por especialistas em psicologia ou neurologia. Muitas vezes, religiosos, políticos e celebridades também opinavam sobre esses sentimentos. Mais recentemente, quase todas as capas sobre comportamento envolveram explicações sobre o funcionamento cerebral, até mesmo para a escolha nutricional, sexual ou a tomada de decisões. O cérebro já não é alheio às emoções, ele dirige o lado irracional da personalidade, que pode ser dominado pela ação da vontade, de acordo com as revistas.

A classificação das capas de saúde 1999-2008 enfatizou os assuntos mais específicos de bem-estar, deixando na categoria *outros* (Cf. Anexo I, p. 304-306) aquelas capas relativas à saúde pública e à tecnologia médica, AIDS, outras epidemias, bioética, reprodução assistida, cirurgias e transplantes, questões econômicas e gestão hospitalar, etc. As capas de saúde restantes foram organizadas nos seguintes grupos (Cf. Anexo I, p. 295-306):

⁶² ISTOÉ, 12/12/2002. *Como ficar rico*: personalidade é essencial para atingir sucesso; VEJA, 30/04/2003, *Criatividade*: a ferramenta que forjou o mundo pode ajudar você a melhorar a vida; ISTOÉ, 14/01/2004, *Dono do seu próprio nariz*: sucesso, dar a volta por cima ao desemprego; ÉPOCA, 02/09/2004, *Fazendo a própria sorte* (Bernardinho, *coaching*); VEJA, 01/03/2006, *Ambição*: ela produziu maravilhas e tragédias. Agora se sabe como usá-la; ÉPOCA, 14/05/2007, *Manual de sobrevivência no escritório*; ISTOÉ, 26/11/2008, *Como ser mais criativo*; ÉPOCA, 22/12/2008, *Talento & perseverança*; ISTOÉ, 17/02/2010, *Seja ambicioso*; ÉPOCA, 31/07/2010, *Aprenda a ser criativo*; ISTOÉ, 07/09/2011, *A fórmula dos vencedores*.

⁶³ VEJA, 13/11/2002, *Auto-ajuda que funciona*: – o que dizem os mais respeitados autores que ensinam você a viver; VEJA, 25/8/2004, *Poder interior* – meditar, desenvolver espiritualidade, aprimorar o senso estético, ler por prazer; ISTOÉ, 01/06/2005, *Fé faz bem para a saúde*; ISTOÉ, 28/09/2005, *É possível ser feliz. Saiba o que a ciência descobriu sobre a alegria de viver*; ÉPOCA, 24/11/2005, *O poder da mudança* – cientistas explicam; ÉPOCA, 27/12/2005, *Sorria!* (os caminhos da felicidade); ÉPOCA, 05/03/2007, *Paz interior* - como respirar num mundo irrespirável; ÉPOCA, 24/12/2008, *A superação pela fé*; VEJA, 02/12/2009, *O poder da autoajuda*; ÉPOCA, 21/03/2009, *A fé que faz bem à saúde*.

⁶⁴ VEJA, 31/07/2002, *Culpa*: por que esse sentimento se tornou um dos tormentos da vida moderna; ISTOÉ, 03/06/2009, *Inveja*; ISTOÉ, 05/05/2010, *Não carregue todas as culpas*; VEJA, 28/7/2010, *Perdão*: a sensação de liberdade de quem conseguiu tirar da alma o peso da mágoa.

Nutrição e sedentarismo: dietas para emagrecimento ou para melhorar a saúde; ginásticas e esportes voltados para o controle do sedentarismo e da obesidade; corpo e postura; medicamentos para emagrecer.

Beleza: ginástica para modelação corporal e embelezamento, cirurgias plásticas e intervenções estéticas, cosméticos para beleza e rejuvenescimento.

Longevidade: envelhecimento e hábitos preventivos, corporais e mentais, para prolongar a vida e manter-se jovem; enaltecimento da maturidade como idade feliz e produtiva.

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis agravadas pela idade, câncer, cardiovasculares, AVC, diabetes, medicamentos e tratamentos, riscos, exames diagnósticos preventivos.

Cérebro: funcionamento neurológico, memória, inteligência, doenças degenerativas; dor e sono foram incluídos nesse conjunto por que atualmente as explicações são cerebrais.

Dependências químicas: alcoolismo, drogas ilícitas e tabagismo.

Distúrbios psicoemocionais: divididos em três grupos, reúnem os aspectos emocionais, disposições mentais e distúrbios sexuais.

Emocional: distúrbios emocionais (depressão, estresse, ansiedade, fobias) e a influência de sentimentos considerados negativos (como raiva, mau humor, tristeza) no adoecimento; importância do autocontrole emocional para a saúde biológica; medicamentos para a alma e explicação biológica de comportamentos; terapia com animais.

Disposição mental: sentimentos que são considerados positivos como autoestima, felicidade, alegria, espiritualidade, força mental e poder interior, autoajuda, superação pela fé e otimismo; psicologia positiva e terapias cognitivas. A meditação foi incluída nesta categoria e não em PIC, pois no período 1999-2008 tornou-se técnica priorizada de autocontrole mental por motivo de saúde.

Sexual: problematização do desejo e da atividade sexual como fatores de saúde.

Práticas Integrativas Complementares (PIC): ioga, acupuntura, fitoterapia e outras medicinas alternativas e complementares.

Pelo panorama das capas da segunda fase (Cf. Anexo II, gráfico 4 a 6, p. 313), percebe-se que as três revistas deram grande ênfase aos distúrbios psicoemocionais. VEJA deu mais visibilidade aos riscos de DCNT; ISTOÉ priorizou as dietas, as atividades físicas, a beleza, as emoções e a longevidade; ÉPOCA, por sua vez, teve mais capas sobre disposição mental e dependências químicas. A quantificação das capas pelo assunto enfatizado na reportagem e no enunciado do título serviu de guia para a seleção de reportagens para a análise qualitativa. No entanto, no interior das reportagens os assuntos estão embaralhados; qualquer menção à saúde reforça a necessidade de mudança de atitude para incluir todos os principais hábitos: alimentação, exercícios, relaxamento e exames diagnósticos.

Na categoria autocuidado emocional e disposição mental, a ser explorada no segundo

capítulo, foram incluídas capas sobre funcionamento do cérebro, desenvolvimento da inteligência e memória, inteligência emocional, poder da mente e das emoções, distúrbios psíquicos (estresse, depressão, ansiedade) e sexuais (impotência e prazer feminino), poder da fé e do otimismo, felicidade, autoajuda, neurologia, ginástica mental e meditação, entre outros (Cf. Anexo I, p. 295-306). Para efeito de análise, foram selecionadas algumas reportagens de capa mais eloquentes, que resumiam melhor as regularidades encontradas em grande parte das notícias sobre o tema.

Entre alguns apontamentos mais significativos dessa fase, no final de 2002, VEJA publicou uma edição especial sobre saúde, um manual para a “vida mais longa e mais gratificante” (VEJA, 3/10/2002, *Especial Saúde*), que representava bastante bem a mentalidade sanitaria do século XXI e a cristalização dos hábitos saudáveis como via de impedir o adoecimento e o envelhecimento. Era afirmada a necessidade de prevenção no presente para a domesticação do futuro envelhecimento por meio do autocuidado. Embora o tema fosse saúde, é sintomático que metade da edição tratasse de beleza e rejuvenescimento.

O guia de VEJA era explicitamente dirigido para um público de meia idade ou de idosos, visando à prevenção de doenças crônicas, falta de mobilidade e pequenos males cotidianos. Mas a manutenção da aparência jovem era bastante enfatizada e a beleza era considerada equivalente à saúde: “cosméticos - cremes que esticam”; “cirurgia plástica - pequenos cortes, grandes mudanças”; “cabelos - quando a cabeleira começa a cair”; “dentes - sorriso saudável, aparência jovial”. O *Especial* trazia ainda informações sobre a interferência das emoções “negativas” e “positivas” sobre a saúde e orientações precisas sobre a vida sexual na terceira idade. Os títulos do sumário enunciavam os preceitos do viver saudável: “o estilo faz o homem e a mulher”; “ginástica - não dá para não fazer”; “cérebro - o segredo é não desligar nunca”; “bom humor - o corpo aquecido pela alegria”; “sexo - debaixo daqueles lençóis...”; “alimentação - sirva-se à vontade (com moderação)”.

Outro ponto interessante dessa edição de VEJA foi um teste para a autoavaliação da saúde em diferentes aspectos da vida (físico, emocional, mental, intelectual, profissional e social) que revelava a extensão da saúde para todas as áreas do cotidiano. A palavra saúde passava a ser sinônimo de organização racional. Quase como um oráculo, o questionário respondia ao leitor se o seu modo de ser e de viver levaria, no futuro, a uma vida longa e jovem, convidando-o para uma mudança de atitude. O teste, produzido por uma empresa (na reportagem só consta sua sigla: CPH) de promoção de qualidade de vida para grandes corporações, indagava sobre a realização de exames clínicos, hábitos de alimentação e

atividades físicas, proteção do sol, vícios, peso, sono, a frequência do sentimento de desânimo e da expressão de emoções, a satisfação com a própria vida. O questionário indicava que ser saudável emocionalmente é: manter a calma em situação de extrema pressão; estar satisfeito com a própria vida; contornar ansiedade e irritação com ginástica, lazer e relaxamento, evitando álcool e drogas; ser bem-humorado e seguro acerca de seus potenciais (autoestima); discutir relação com o parceiro amoroso, manter vida sexual satisfatória. Ter saúde profissional, por sua vez, significa: acreditar em seus potenciais; ter segurança com relação ao próprio desempenho; gostar do que faz, exercer um trabalho criativo e que permite aprendizado contínuo; estar satisfeito com as relações pessoais no trabalho; planejar, organizar e cumprir as tarefas.

Pode-se perceber que a ampliação da noção de saúde fez com que o critério do que é ser saudável entre 1999 e 2008 se tornasse cada vez mais restrito, posto que dificilmente seja atingível, apesar de ter sido expandido para todos os segmentos populacionais no mesmo período. Nessa década, consolidou-se um conjunto mais coeso de instruções para a sistematização da vida cotidiana com o objetivo de maximizar a saúde. Mas os critérios (tais como o tempo necessário de exercício físico ou a quantidade autorizada de certo alimento que se deve comer ou evitar, etc.) para manter-se saudável sofreram mudanças no decorrer do período analisado e mesmo após o término da pesquisa. Aliás, esses critérios estão em permanente revisão.

Além da grande visibilidade adquirida pelos principais temas de bem-estar, na segunda fase assistiram-se muitas mudanças nas recomendações dos especialistas de saúde, não somente na eleição dos alimentos que são prejudiciais ou benéficos (ovos, chocolate, café, gordura, etc.), mas também na quantidade de exercícios físicos exigida para a boa forma e, principalmente, no limite aceitável dos índices de colesterol, cálcio, triglicérides, que foram rebaixados, colocando mais pessoas na condição de risco de futuro adoecimento, a partir de 2003 (VEJA, 05/08/2005, *Entre a saúde e a doença* – a medicina preventiva vem baixando os critérios de normalidade para uma série de marcadores – e, com isso, está aumentando o número de pré-doente. Até que ponto isso é um exagero?). Em relação ao período anterior, observa-se certo terrorismo com relação às DCNTs e uma evidente condenação à morte daqueles que não se cuidam. As três revistas desenham um panorama estatístico epidêmico que insinua males que se aproximam e “vão te pegar”, caso não haja mudança de atitude na vida cotidiana⁶⁵.

⁶⁵ ISTOÉ, 21/07/1999, *Não morra pela boca*; VEJA, 01/11/2000, *Receita para morrer mais cedo*: stress,

Olhe-se no espelho. Vire de perfil. Sua barriga parece grande demais? Imagine então que, lá dentro, células de gordura enormes estão produzindo sem parar dezenas de substâncias que agem em silêncio, aumentando seu apetite, ajudando a obstruir os vasos sanguíneos, arruinando seu equilíbrio metabólico, destruindo seu fígado e até provocando a formação de tumores malignos (ÉPOCA, 19/07/2004, *Gordurinhas do mal*).

ÉPOCA, entretanto, se destaca das outras revistas por apresentar algumas reportagens de contraponto às opiniões dominantes, oferecendo mais de uma versão para alguns problemas e discutindo, por exemplo: o acentuado uso de medicamentos, o perigo de alimentos contaminados, a excessiva preocupação com a felicidade, a falta de rigor das pesquisas científicas, a intromissão do Estado na vida do cidadão, justificada pela saúde. Esse lugar de contraponto no período 1988-1998 era ocupado por ISTOÉ, que ganhou outras características entre 1999 e 2008, trocando a combatividade pelas “boas notícias”.

Sobre a possível legislação restritiva da produção industrial de alimentos, por exemplo, ÉPOCA (02/04/2010, *Gordura vicia?*) refuta a intromissão do Estado nos hábitos privados. Defende que “tudo depende das escolhas individuais e das circunstâncias” e pergunta: “não é possível a cada um de nós, de acordo com nosso livre-arbítrio, escolher uma alimentação saudável e viver comendo bem?”. Para essa reportagem é exagero querer restringir o consumo de comida e culpar industrializados. Certamente, como aponta a revista, existe “uma dose de oportunismo nas comparações entre gordura e drogas e na defesa de restrições”. Todavia, a defesa veemente da liberdade individual nessa reportagem de ÉPOCA consiste principalmente em proteção de interesses das empresas alimentícias. A legislação que restringe o exercício empresarial é sempre considerada injusta, mas a pedagogia do autocuidado, que transfere a responsabilidade para o cidadão é sempre bem-vinda, por ser orientada para o convencimento e não pela coerção direta da lei, ainda que o terrorismo com relação aos riscos também seja método comum nessa revista.

Um novo estudo divulgado na semana passada trouxe uma revelação surpreendente: a comida gordurosa pode ser tão viciante quanto drogas como cocaína ou heroína (...)

Eis-nos aí diante da maior armadilha intelectual e política da modernidade: fabricar vítimas, para depois reivindicar seus direitos. É assim com os sem-terra, os sem-teto, os sem vaga na faculdade (porque não passam no vestibular) e, na mais nova modalidade, os ‘sem controle sobre o que comem’. A visão de mundo que produz todas essas vítimas procura eximir o indivíduo de toda a responsabilidade pelo que lhe acontece. Sempre encontra uma forma de atribuir toda a culpa àqueles que são vistos como ‘poderosos’ – pode ser algum grupo industrial, político ou social. E sempre tenta reivindicar privilégios para os ‘coitadinhos’, em nome da reparação pelos danos que lhes teriam sido infligidos sem que eles pudessem fazer nada. (...) Se comemos gordura em excesso, sabemos que corremos maior risco de sofrer de várias doenças. Se ficar comprovado que a gordura cria dependência, haverá diversas formas de evitá-la. A experiência com drogas ou fumo mostra que o sucesso de cada uma delas está

ligado mais à força de vontade individual do que às regras, controles e proibições policiais eventualmente estabelecidos para restringir o consumo. (...) Por isso, é tão importante que todas as informações a respeito sejam divulgadas. Cabe à sociedade manter a livre circulação de ideias, para que todos conheçam o risco que correm ao consumir qualquer substância. Em ÉPOCA, acreditamos que cada um de nós é responsável pelos próprios atos, pelo que comemos e pelo que fazemos com nosso corpo. Na reportagem da página 62, mais uma vez defendemos esse ponto de vista. Acreditamos que, assim, contribuímos para evitar criar novas vítimas – as vítimas da própria ignorância. (ÉPOCA, 02/04/2010, Editorial *Gordura vicia?*).

Em outro exemplo da defesa da liberdade de escolha do consumidor, ÉPOCA (12/09/2008, *Perigo: batata frita*) denunciava que a saúde pública está cada vez ganhando maior poder de tutelar a vida individual pela via jurídica. Comentava a Lei Seca no trânsito, de 2008, e a possibilidade de coibição do tabaco em lugares fechados para combater o fumo passivo. O não fumante antes oprimido tornava-se o atual perseguidor implacável do fumante, considerado “agressor do meio ambiente”, apontava a revista. As interdições estatais eram tratadas como ações totalitárias.

O perigo de conceder poder ao Estado para decidir sobre as escolhas individuais é chegar ao ponto em que a regulação deixa de proteger para invadir. É o que ocorre quando o Estado eleva um tributo. Ele obriga o contribuinte a abrir mão de suas escolhas de consumo para sustentar um aparelho que não abre mão dos próprios gastos. (...) Mesmo o valor da saúde pública não pode ser considerado absoluto. Não apenas porque pode se opor a outros valores ideais – como a liberdade ou o prazer –, mas também porque é passível de manipulação. O argumento da saúde pública já deu base para políticas esdrúxulas, como a eugenia, conceito de seguidores dos governos de Alemanha, Estados Unidos e Rússia na primeira metade do século XX. Na Alemanha nazista, a saúde pública ajudou a justificar políticas de segregação, perseguição e depois eliminação de não arianos.

(...) Não há dúvida de que todos esses ataques a hábitos individuais são sustentados pela lógica do bem-estar geral. Trata-se, afinal, de um esforço coletivo para salvar vidas humanas. Mas será que, para conquistar esse objetivo nobre, é necessária uma intervenção tão radical sobre os direitos individuais? Até que ponto a defesa – legítima – da saúde e do bem-estar coletivos deve se sobrepor à defesa – também legítima – da liberdade de escolha de cada um de nós? (ÉPOCA, 12/09/2008, *Perigo: batata frita*).

É interessante que, contraditoriamente, em outras reportagens ÉPOCA insiste nas mudanças de hábitos como opção de liberdade, ao mesmo tempo em que culpabiliza os que adoecem por causar prejuízos ao Estado, às empresas e à sociedade. A lei não deve obrigar o cidadão, na visão de ÉPOCA. A coação deve ser sutil e moralizadora, agindo não pelo meio jurídico, mas pela vergonha que possa produzir naqueles que não se cuidam: os ignorantes, os incompetentes, os irresponsáveis. Geralmente, essas qualidades são localizadas nos indivíduos mais pobres ou em situação de risco; são eles os dependentes, as vítimas, os pesos sociais, os gordos, os fumantes, os não saudáveis. O indivíduo que segue as regras saudáveis é elogiado por suas qualidades de escolha responsável e autonomia diante do Estado e de outras instituições. O mesmo movimento também ocorre nas outras revistas (VEJA e ISTOÉ).

(...) falta ao país um esforço maciço de combate ao flagelo da gordura, que abre caminho para o surgimento de mais de 30 doenças e sobrecarrega o orçamento da saúde com internações hospitalares que poderiam ser evitadas. (...) O resultado é desastroso: as pessoas ganham peso sem acumular nutrientes essenciais. A classe média e os ricos encontram meios eficazes de combater a obesidade, responsável por 30% das mortes no Brasil. Podem pagar por programas de emagrecimento e atividade física não acessíveis aos menos favorecidos. Por isso, cada vez mais a obesidade estará relacionada à pobreza. (ÉPOCA, 16/11/2009, *Obesidade zero*).

As capas das revistas no período 1999-2008 revelam um extremo estímulo à adoção de hábitos saudáveis. Em todas as reportagens de saúde são mencionados os pilares da “boa saúde”: alimentação balanceada, exercícios físicos, controle das emoções, eliminação das dependências químicas, diagnóstico precoce. No final do período, quando os hábitos já estavam gravados na memória popular, o exagero da preocupação com a saúde começou a ser problematizado: cuidado demais seria neurose, como diz uma capa (VEJA, 20/2/2008, *Saúde sem neurose*). De qualquer modo, houve um endurecimento com relação às normas e uma objetivação dos critérios medidores da saúde na última década, embora as definições científicas ainda contenham muitas arbitrariedades disfarçadas em números. Isso pode ser observado nas incessantes revisões e meta revisões de pesquisas, muitas vezes realizadas com grupos pequenos e com falhas no controle de interferências subjetivas ou culturais.

ÉPOCA também se distingue em reportagem que critica a postura das mídias em relação às pesquisas científicas que induzem os hábitos de saúde da população⁶⁶. O jornalismo científico (tanto pelo lado do interesse das mídias nos especialistas, quanto pelo interesse dos especialistas em aparecer nas mídias, segundo a revista) é colocado na berlinda realçando os aspectos obscuros da relação entre mídia, indústria farmacêutica e pesquisadores. Essa postura crítica de ÉPOCA é eventual, pois se pode ler exatamente o contrário em outras reportagens do mesmo meio de comunicação. Aliás, a crítica da revista dirigia-se à concorrência, mas falha em perceber o próprio direcionamento. Nesse caso, vale a pena citar trecho mais longo da reportagem, que elucida a problematização proposta pela presente tese, de pedagogia de autocuidado conduzida pelas mídias e pelos especialistas, que definem quais as condutas saudáveis.

Quanto mais a imprensa divulga notícias sobre dieta saudável, menos as pessoas sabem o que pôr no prato. A desinformação brota justamente do excesso de informações. Até os anos 80, a maioria das pessoas tirava suas dúvidas sobre saúde apenas com o médico. De lá para cá, um volume enorme de notícias sobre o tema ganhou espaço em jornais, revistas, internet, TV. Nos Estados Unidos, o número de reportagens sobre ciência (leia-se saúde, na maioria dos casos) que ganharam a primeira página dos jornais cresceu de 1% para 3% entre 1977 e 2004. No mesmo período, os artigos sobre assuntos internacionais perderam terreno. Caíram de 27%

⁶⁶ “Faz bem ou faz mal? A gordura é ruim. Mas também existe gordura boa. Dá para comer ovo? E peixe? Vinho? Azeite? Depende. Você anda confuso com sua dieta? Pois pode se acostumar com a infindável batalha entre a mídia e a ciência” (ÉPOCA, 27/03/2006, *A bilionária e confusa indústria da dieta*).

para 14% do espaço total. (...) Noticia-se uma revolução atrás da outra. Nos últimos cinco anos [2001-2006], o tema dieta foi capa de 16 edições das três maiores revistas semanais brasileiras. Nesse período, a ciência não produziu conhecimento que justificasse tamanho destaque nos meios de comunicação. Como então eles arranjam tanto assunto? Em geral, as publicações atribuem aos estudos uma importância maior que a que merecem no mundo acadêmico. É assim que trabalhos irrelevantes do ponto de vista científico viram capa de revista. E, é claro, elas vendem muito. (...) Esse conflito está na essência da complicada relação entre a ciência e o jornalismo. Partindo do pressuposto de que há profissionais éticos e responsáveis dos dois lados, é importante lembrar que nem jornalistas nem cientistas saem de casa todas as manhãs pensando na melhor forma de enganar a população. Mas os bem-intencionados também erram. (...) Para os jornalistas, só é notícia aquilo que surpreende. Pesquisas que confirmam o que o senso comum já aponta não rendem manchetes. No mundo acadêmico, a lógica é outra. Os estudos médicos mais respeitados são justamente aqueles que reúnem milhares de trabalhos já publicados sobre o tema (conhecidos como meta-análises) e procuram endossar ou refutar antigas concepções.

(...) Maus hábitos alimentares são uma das principais causas de doenças crônicas como as cardiovasculares, o diabetes, a obesidade e o câncer, segundo a Organização Mundial da Saúde. Mas essas mazelas levam décadas para aparecer. O acompanhamento dos pacientes continua e, provavelmente, os efeitos benéficos da dieta equilibrada poderão aparecer nos próximos anos. E, mais uma vez, as manchetes vão contrariar o que foi dito antes.

(...) Muitas vezes as mensagens parecem contraditórias, mas são fruto do avanço do conhecimento. (...) Os jornalistas não são os únicos responsáveis pelo desserviço. Nas últimas décadas, cientistas e médicos passaram a fazer parte da máquina da mídia. Antigamente, os que divulgavam estudos ainda em andamento eram esculhambados pelos colegas. Hoje, a pressão para que apareçam na imprensa é enorme. As instituições acreditam que, com a exposição na mídia, vão ganhar apoio do público e verbas para pesquisa.

(...) Nem sempre a imprensa se dá ao trabalho de verificar quem financiou a pesquisa que vai virar manchete. Boa parte dos estudos é patrocinada por empresas, o que pode comprometer a confiabilidade das pesquisas. (...) Um dos famosos estudos que associam a ingestão de duas a cinco taças de vinho tinto por dia à redução da mortalidade foi patrocinado pelo Instituto Técnico do Vinho Francês. Boa parte das pesquisas que sugerem que substâncias encontradas no cacau (chamadas flavonoides) podem proteger o coração foi bancada pela *Mars*, uma das maiores fabricantes de chocolate dos Estados Unidos. (...) Quando as relações dos cientistas com a empresa são divulgadas com total transparência, não há por que duvidar dos resultados. Muitas vezes, porém, resultados ruins para a empresa são mantidos em sigilo. Mas, quando a conclusão dos estudos é positiva, as empresas produtoras de alimentos e a indústria farmacêutica colocam uma esmagadora máquina de divulgação para funcionar.

A melhoria da qualidade das informações sobre saúde não depende apenas do empenho dos jornalistas. Os cientistas devem ser menos afoitos na divulgação de seus trabalhos. As empresas necessitam repensar os padrões éticos de divulgação de seus produtos. O público precisa ser cada vez mais exigente e crítico. Para não se privar até de uma simples omelete.

(ÉPOCA, 27/03/2006, *A bilionária e confusa indústria da dieta*).

Curiosamente, em outras notícias da mesma revista, as revisões indesejadas, aquelas que contestam os hábitos já consagrados (alimentação, exercícios e relaxamento), são relativizadas e questionadas em sua metodologia, como aconteceu quando a gordura e a carne foram redimidas. Outras vezes, no entanto, principalmente com relação às pesquisas sobre habilidades e comportamentos emocionais, ou sobre o funcionamento do cérebro em circunstâncias de espiritualidade e fé, pouco é comentado sobre o pífio rigor científico, embora nesse caso as experiências sejam realizadas com grupos reduzidos e muitas vezes com

precário controle do efeito placebo. Tudo depende da conveniência da mensagem naquele determinado momento. As análises são conduzidas, de modo geral, em todas as revistas, para reforçar a necessidade da disciplina corporal e mental. A regularidade dos bons hábitos jamais deve ser abandonada, a despeito da variação das pesquisas, que é apresentada quase sempre como um “aperfeiçoamento” científico⁶⁷. A “ciência” sempre trabalha para melhorar a vida das pessoas.

Aliás, é necessário registrar que, na medida do possível, a citação de nomes dos especialistas consultados foi evitada no relato das notícias. Evidentemente é importante saber quem diz e de onde diz, entretanto, os especialistas nem sempre são profissionais reconhecidos na sua própria área; representam apenas uma voz legitimadora da mensagem que se quer transmitir. A referência mais frequente é à “ciência”, assim no abstrato, como se fosse independente dos cientistas, como se fosse uma entidade com vida própria e autoridade máxima para proclamar a verdade sobre os comportamentos. Nas notícias, é a “ciência” que age; ela sabe, desvenda, entende, orienta e providencia.

Assim, assumam-se desde já que todas as reportagens, tanto da primeira quanto da segunda fase de pesquisa, se dizem embasadas em pesquisas científicas, que nem sempre serão mencionadas na narrativa acerca das notícias. Ainda mais importante que as revelações dessas pesquisas em si, ou que a palavra especialista, são a interpretação realizada pelas revistas a respeito delas e a proposição de novos modos de pensar, sentir e agir que, de acordo com os referenciais científicos, transformariam a vida, trazendo mais saúde, felicidade e realização pessoal.

1.4. Para o seu próprio bem: o inquérito sobre a saúde da população

No Brasil, as estratégias e campanhas de saúde pública vêm priorizando a prevenção de doenças crônicas por meio de vigilância e intervenções pedagógicas que orientam para a vida saudável. A partir de 2006, seguindo o modelo adotado nos EUA desde 1984 (VEJA, 05/03/2008), foi implantado no Brasil um serviço de pesquisa por telefone: o sistema de *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (*Vigitel*). Por seu intermédio, hábitos cotidianos da população nacional passaram a ser monitorados anualmente pelo Estado brasileiro, com o objetivo de planejar melhor as políticas sanitárias, segundo o Ministério da Saúde.

⁶⁷ ÉPOCA, 27/03/2006, *A bilionária e confusa indústria da dieta*; ISTOÉ 22/08/2007, *Meu amigo o colesterol*; VEJA, 21/3/2007, *Comer certo: o que fazia mal agora faz bem*.

Hoje, há evidências suficientes para se afirmar que é possível prevenir a maioria das DCNT, bem como alterar o seu curso, melhorando o prognóstico e qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações para a prevenção dos principais fatores de risco, com destaque para o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o consumo abusivo de álcool. Atento a esses desafios, o Ministério da Saúde está priorizando a promoção da saúde e a prevenção e atenção às DCNT na forma de intervenções voltadas para a redução da prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da morbimortalidade decorrente dessas doenças (MS, 2007, p. 13).

O inquérito verifica a frequência de hábitos preventivos recomendados pela OMS em 26 capitais e Distrito Federal, dos quais se pode extrair a definição do que é uma conduta saudável. Primeiramente, a alimentação deve incluir cinco ou mais porções de frutas e verduras diariamente, em cinco ou mais dias da semana, deve excluir a carne vermelha com gordura exposta e a pele da carne de frango. O leite deve ser consumido desnatado. Devem-se praticar atividades físicas suficientes no lazer, ou seja: atividades de leves a moderadas (caminhada, hidroginástica, natação, artes marciais, voleibol, ginástica) cinco dias na semana, durante trinta minutos cada dia, ou 150 minutos distribuídos durante a semana; ou atividade vigorosa (corrida, futebol, basquetebol, tênis) durante vinte minutos, três vezes por semana, ou 75 minutos ao longo da semana. O tabagismo deve ser eliminado, assim como o consumo de álcool considerado abusivo, isto é, aquele que excede quatro doses para mulheres e cinco doses para homens, em uma mesma ocasião, uma vez ao mês. O levantamento também indaga sobre o uso de protetor solar, sobre a frequência de exames para cânceres de mama e útero e sobre a incidência de hipertensão, diabetes e distúrbios pulmonares na população.

Os relatórios anuais do Vigitel são principalmente compêndios estatísticos, não tem a pretensão de apresentar grandes conclusões. Suas análises são resumidas e muito objetivas, pautadas nos números e na distribuição dos percentuais entre as cidades, por gênero, idade e escolaridade. O nível de renda não consta do levantamento. Não obstante, é interessante observar como os números do Vigitel adquirem novos significados na reinterpretação que as mídias fazem dos dados, denotando sutilmente uma relação direta entre atitudes saudáveis e a posição social mais elevada, inferida do grau de escolaridade. Mas lá não se trata de apontar predisposições decorrentes de desiguais condições econômicas, a ignorância seria responsável pelos maus costumes, mais frequentes entre os mais pobres, aqueles que não estudaram suficientemente. Não é exatamente uma concepção nova na história da humanidade, pois esteve fortemente presente na medicina higienista do século XIX e início do XX. Mudaram a formulação e a categorização ampliada para os futuramente doentes, mas continua subsistindo um forte julgamento moral sobre a saúde e a doença.

Em março de 2008, por exemplo, reportagem de capa da revista VEJA (05/03/2008,

Raio-X da saúde) apresentava os dados do Vigitel 2007 sobre os hábitos de autocuidado com a saúde entre os brasileiros, que, segundo o texto, “ignoram” ou “sabem menos do que precisam” sobre as causas das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), decorrentes de determinados hábitos e costumes. Os conselhos são bem conhecidos: exercícios físicos regulares, redução do consumo de gordura e de álcool, eliminação do tabagismo, ingestão de mais frutas e hortaliças, controle da obesidade e do sedentarismo. Com relação ao peso corporal (excesso de peso e obesidade), afirma-se que “está tudo errado”, que “o Brasil é um país de preguiçosos”, que é uma situação “vexatória” em comparação com a Finlândia, primeiro país no ranking saudável. Os brasileiros são, então, repreendidos:

Não é novidade para ninguém que a prática regular de atividade física é um aliado e tanto da boa saúde. Mantém o metabolismo no ritmo, reduz os riscos de hipertensão, diabetes, vários tipos de câncer e protege o coração. A ginástica praticada com frequência faz bem à alma. (...) Motivos para se exercitar não faltam. (...) Mudar o estilo de vida é tarefa das mais árduas. E, quanto mais o tempo passa, menor é o ânimo para as mudanças.
(VEJA, 05/03/2008, *Raio-X da saúde*)

Algumas conclusões da reportagem acerca dos resultados do Vigitel levariam a crer que o autocuidado com a saúde é mais frequente entre os que estudaram por mais tempo. Com relação ao peso, por exemplo:

Conforme o levantamento do Ministério da Saúde, o contingente de gordos é maior entre as pessoas menos escolarizadas. Entre os que estão acima do peso, os homens e mulheres com menos de oito anos de estudo somam 47,1% do total. No grupo dos obesos, eles representam 14,9%. (VEJA, 05/03/2008, *Raio-X da saúde*)

Não é bem assim. Na tabela do Vigitel 2007 (Cf. anexo III, p. 318-321) consta que 47% do total de homens e mulheres com até 8 anos de estudo estão acima do peso ($IMC^{68} \geq 25$), enquanto 44% com mais de 12 anos de estudo também estão nessas condições. A diferença não é tão grande. Além disso, mais homens com alta escolaridade (57,9%) têm excesso de peso do que entre aqueles que estudaram até oito anos (48,3%). Para as mulheres, sim, quanto menor a escolaridade, mais excesso de peso: 31,2% daquelas com mais de doze anos de estudo estão acima do peso e 45,7% das que estudaram até oito anos. A relação entre peso e escolaridade pode ser percebida apenas para o sexo feminino. Do total de homens e mulheres que estudaram até 8 anos, 14,9% são considerados obesos ($IMC \geq 30$); daqueles com mais de 12 anos de estudo são 11,3%. Portanto a pequena diferença entre os dois índices não permite dizer que a obesidade é muito mais frequente entre os menos escolarizados. Além disso, o sedentarismo, ou a quase completa inatividade física, no Vigitel 2007⁶⁹, é maior entre

⁶⁸ Índice de Massa Muscular (IMC).

⁶⁹ Conforme o Vigitel 2007 (MS, 2009), são inativos: “Indivíduos que não praticaram qualquer atividade física

os homens e mulheres com alta escolaridade (H 40%, M 36,7%) do que entre os de baixa escolaridade (H 29,2%, M 25,9%).

No Vigitel não há menção à renda que, conforme já foi dito, é inferida pela revista por sua equiparação ao nível de escolaridade, prática comum no Brasil, onde realmente os mais escolarizados estão entre os de melhor situação econômica. A causa do excesso de peso dos “mais pobres”, portanto os que estudaram menos, seria:

Os mais pobres engordam mais porque, com o aumento do poder aquisitivo e o maior acesso à comida, mas sem informações adequadas sobre saúde, eles passaram a ingerir uma quantidade enorme de carboidratos e gorduras, sobretudo de origem animal. O resultado é um só: corpos inflados⁷⁰. (VEJA, 05/03/2008, *Raio-X da saúde*)

Algumas páginas depois, um quadro finalmente mostrava que a “maior incidência de excesso de peso está entre homens com mais de doze anos de escolaridade – 57,9% contra 43,4% da média nacional”. Entretanto, a explicação para o peso dos homens que estudaram mais é bem diferente das causas atribuídas aos que estudaram menos – não é o maior acesso à comida e sim o acesso à maior variabilidade que engorda:

Pelo menos três fatores explicam o fenômeno. O poder aquisitivo maior facilita o acesso a uma variedade gastronômica maior (e mais calórica). Além disso, os homens mais escolarizados tendem a praticar menos atividade física. O índice de sedentarismo entre esses homens chega a 40%, quando a média nacional é cerca de 30%. (VEJA, 05/03/2008, *Raio-X da saúde*)

A interferência da escolaridade em hábitos alimentares específicos parece ser mais significativa do que sua relação com o peso. O consumo de carnes vermelhas com gordura exposta ou frango com pele⁷¹ diminui conforme aumentam os anos de estudo, entre homens e mulheres. A tendência de consumo de frutas e hortaliças aumenta conforme a escolarização, o mesmo acontece com a prática de atividades físicas durante o lazer (Cf. Anexo III, p. 318-321). Outros diferenciais possivelmente influenciados pela escolaridade são os índices de tabagismo e consumo excessivo de álcool. Todavia, se o tabagismo é muito mais frequente

no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas”. Esse critério foi modificado posteriormente.

⁷⁰ O mesmo raciocínio foi aplicado ao que no texto foi denominado “paradoxo carioca”, pois as mulheres cariocas seriam as mais obesas do país. Explicou-se que somente 10% dos habitantes do Rio de Janeiro moram na orla, o que estimularia o culto ao corpo, enquanto “nos bairros de classe média baixa e nas favelas, o aumento do poder aquisitivo facilitou o acesso à comida geralmente do tipo engordativo” (VEJA, 05/03/2008, *Raio-X da saúde*).

⁷¹ Comentando o maior índice de consumo de carne com gordura em Campo Grande em 2007, em relação à média nacional de todos os entrevistados, diz-se que: “tradicionalmente pecuaristas, as cidades do Centro-Oeste tendem a conservar hábitos alimentares típicos da zona rural, como a ingestão frequente de churrascos com camadas generosas de gordura”. Esquece-se, entretanto, que o saudável consumo de hortaliças e frutas também é um hábito rural. Em 2006, por exemplo, um dos maiores índices de consumo regular de hortaliças (cinco ou mais dias da semana) estava em Goiânia (62%), cidade também do Centro-Oeste (Cf. MS, 2007, p. 47). Em 2007, o consumo de frutas e hortaliças em Goiânia foi 31 %, São Paulo 31,8% e Rio de Janeiro 29,5% (Cf. MS, 2009).

entre os que menos estudaram, o consumo abusivo de álcool em 2006/2007 era praticamente igual ao dos que mais estudaram e tendeu a crescer nesse grupo mais escolarizado entre 2006 e 2011. Aliás, para as mulheres com alta escolaridade, o índice de abuso de álcool era maior em 2007. Ainda assim, a causa para o abuso do álcool, segundo a revista, estaria no baixo preço das bebidas. Ora, nesse caso, ignorou-se a relação entre renda e escolaridade que havia sido apresentada para o excesso de peso. Afinal, aplicando-se o raciocínio anterior, o preço baixo favoreceria o consumo de bebidas dos mais pobres, com baixa escolaridade na visão da revista, o que não acontece efetivamente. Os mais escolarizados parecem ignorar mais os riscos do álcool.

Olhando os números por outro prisma: se o álcool é o primeiro entre os fatores de risco para DCNT, seguido por excesso de peso, hipertensão e tabagismo (VEJA, 05/03/2008), sendo mais consumido por grupos que estudaram mais, dentre os quais também estão aqueles homens com mais excesso de peso em 2007 e com grande incidência de obesidade em comparação com a média nacional, por que os menos escolarizados seriam considerados menos saudáveis que os mais escolarizados? Percebe-se uma tendência de procurar associar a adoção de hábitos saudáveis com mais informação, eventualmente com maior renda, mas, efetivamente, não é possível fazer essas afirmações a partir do levantamento e do conjunto de critérios que determinam quais hábitos são saudáveis. Afinal, como explicar que embora os homens com mais escolaridade comam menos gordura e mais frutas e hortaliças, e se exercitem mais no horário de lazer, ainda assim estejam com mais excesso de peso e obesidade? Como entender o crescimento do abuso de álcool, de 2006 para 2011, entre aqueles com mais estudo?

Com isso queremos assinalar a fragilidade e a relatividade das análises pautadas em estatísticas, ainda que sejam apresentadas como objetivas e neutras. Não está sendo afirmada uma intenção maquiavélica do texto, do jornalista ou da revista; apenas é apontado que existe uma imagem de mundo orientando as leituras dos números e a explicação da realidade a partir deles. Isso acontece em vários veículos de comunicação e também está presente nos discursos dos muitos especialistas assíduos nas mídias. É como se o saber levasse consequentemente à vida saudável e conferisse saúde aos que o detêm. Dito de outra forma, o saber ser saudável seria o remédio contra doenças e contra o envelhecimento.

O Vigitel deixa claro em seus relatórios que ainda é cedo para conclusões, pois não há um período mais longo de pesquisas anuais que utilizem critérios comuns. Alguns indicadores ainda estão sendo modificados no decorrer dos anos e outros, sendo incluídos. Para efeito de

inatividade física, por exemplo, passaram a ser consideradas atividades de dez minutos no mínimo. Recentemente, em 2011, a OMS retificou o critério para suficiência de atividade física, deixou de exigir números de dias de prática para considerar número de minutos distribuídos na semana. Assim, alguns dados ainda não podem ser comparados entre todos os anos da série, pois podem ocorrer distorções numéricas acentuadas. Além disso, conforme foi salientado pela revista *ÉPOCA* (21/06/2010, *Como vai a nossa saúde*), o Vigitel “não traduz o que acontece em todos os cantos do país, mas dá uma boa ideia do comportamento de quem vive nas capitais e tem renda suficiente para ter em casa uma linha telefônica fixa”.

Mais do que relação com escolaridade e renda, os dados demonstram principalmente a influência da idade e do gênero na adoção dos hábitos pesquisados. Conforme a idade avança, o consumo de carne com gordura, o abuso de álcool e o tabagismo diminuem; o consumo de frutas e hortaliças aumenta. Por outro lado, a obesidade aumenta com a idade e a atividade física diminui, principalmente entre as mulheres. Certamente, as mulheres mais novas e com mais estudo procuram cuidar mais do corpo. As mulheres alimentam-se melhor, porém se exercitam menos. Para os homens de meia idade, a grande incidência de excesso de peso e de obesidade independe do estudo. De modo geral, os homens jovens exercitam-se muito mais, embora se alimentem de forma considerada pior.

Sempre que a renda é mencionada como definidora da saúde, a alusão à falta de informação é invocada para justificar o adoecimento decorrente de hábitos considerados não saudáveis. Todavia, jamais se leva em conta a diferença de poder aquisitivo para estabelecer condições de saúde (moradia, saneamento, transporte, etc.) e para o consumo de bens de saúde e bem-estar, não apenas de medicamentos, mas de alimentos de melhor qualidade, de suplementos vitamínicos, de assistência médica, planos de saúde, serviços ambulatoriais de diagnósticos, livros, etc. Afirma-se nas notícias que muitas mulheres “desconhecem” a necessidade de realizar a mamografia anualmente. Mas é notória a fila para exames no SUS, que obriga as pacientes a esperar meses para conseguir fazê-lo. O portador de diabetes ou hipertensão “não sabe” que tem a doença e assume-se que, caso contrário, ele escolheria racionalmente hábitos “corretos” para conservar a saúde. Assim, para citar outro exemplo, ignorando a advertência do Vigitel 2007 (MS, 2009) sobre os índices de hipertensão (“estes dados devem ser analisados com cautela, pois também refletem o acesso aos serviços de saúde”), um quadro de VEJA explicava os indicadores da seguinte forma:

A incidência de hipertensão é quase duas vezes maior entre os brasileiros com escolaridade mais baixa. Pessoas com menos de 8 anos de estudo tendem a ter menos informações sobre os fatores de risco para as doenças. Em se tratando de hipertensão, há de se levar em conta ainda que a doença é mais comum entre os negros. Por determinação genética os negros

tendem a reter mais sódio, um potente vasoconstritor. (VEJA, 05/03/2008, *Raio-X da saúde*)

É interessante notar que, entre tantas afirmações sobre a pouca dependência genética da saúde, uma vez que as predisposições herdadas dependeriam principalmente dos comportamentos para se expressar no corpo físico, justamente a comprovada maior incidência de diabetes e hipertensão entre os negros por fatores genéticos tenha sido lembrada como exemplo de possível expansão epidemiológica, relacionada à falta do “saber”. Afinal, sendo a população brasileira predominantemente constituída por afrodescendentes, é de se indagar porque os índices de hipertensão e diabetes não são, então, ainda mais altos⁷².

Dois anos depois, por sua vez, a revista ÉPOCA publicava em capa os resultados do Vigitel 2009 (ÉPOCA, 21/06/2010, *Como vai a nossa saúde*), com dados “alarmantes” sobre obesidade e excesso de peso. É dito que a renda do brasileiro cresceu, porém não trouxe mais saúde. Segundo o retrato apresentado, “O Brasil está mais gordo e sedentário. Abusa mais de álcool. Come menos feijão, frutas e hortaliças. Está mais sujeito à hipertensão e ao diabetes”. Também aqui ocorre alusão à associação entre renda, escolaridade e peso:

Entre as mulheres, ficou claro que o excesso de peso é mais comum entre as mais pobres. No estrato de menor escolaridade (zero a oito anos de estudo), 50% das mulheres têm sobrepeso. Na faixa mais culta (12 anos de estudo ou mais), o índice é de 31%. No sexo masculino, a situação é diferente: a barriga independe da escolaridade (ÉPOCA, 21/06/2010).

A revista ÉPOCA (21/06/2010, *Como vai a nossa saúde*) apresentava dois exemplos, de mau e de bom comportamento, além de uma série de conselhos práticos para a adesão ao estilo de vida saudável. A má conduta em saúde era representada na reportagem por um técnico em informática, jovem de 30 anos com excesso de peso, que, embora tentasse emagrecer, havia abandonado as atividades físicas e se alimentava predominantemente de *fast food*. O veredicto é que teria, então, de “viver no futuro com o resultado de suas escolhas diárias ao longo dos anos, como todos nós”, uma vez que grande parte das doenças da velhice são males decorrentes de maus hábitos e que poderiam ser evitadas pelo esforço prévio. Por sua vez, a conduta saudável encarnava-se na figura de um empresário de 66 anos, exemplar em seus hábitos esportivos e alimentares.

Considerando-se o alto percentual de excesso de peso entre os homens com mais de doze anos de estudo em 2009 (56,7%) e entre os homens acima de 65 anos (55,7,5%), além do

⁷² Segundo o Vigitel 2007 (MS, 2009), a média nacional de diagnóstico médico autorreferido de hipertensão foi de 22,9%; 17,3% para aqueles com mais de 12 anos de estudo, 28,8% para os que têm até 8 anos. Novamente, a idade fez mais diferença que a escolaridade. Para os que estão acima de 65 anos, a média nacional foi de 57,7%. No caso do diagnóstico médico autorreferido de diabetes, os índices até que são baixos, de um modo geral: 5,3% para os que têm alta escolaridade, 7% para indivíduos com até 8 anos de escolaridade, 18,6% para os que passaram dos 65 anos de idade. Todavia, a incidência é um pouco maior para o sexo feminino.

percentual de inatividade física nessa faixa etária ser o mais alto entre os grupos analisados (37% contra 13% para idade entre 25 e 34), o bom exemplo do empresário é bastante atípico. A maioria dos empresários não é tão saudável assim, mas sua figura representa um ideal de empreendedor e de estilo de vida a ser atingido. “Vida saudável também é uma questão de educação”, dizia a revista, já que o empresário iniciou as atividades físicas na infância, incentivado pelo pai. O autocuidado deve começar desde a infância, pois “o jovem se transforma num velho que sofre e dá prejuízos à família e ao Estado”. Por isso, entre os conselhos para a vida saudável está: “salve seu filho”, educando-o para a boa alimentação e a atividade física.

Entre as “doenças provocadas pelos maus hábitos alimentares ou pela falta de exercícios”, hipertensão e diabetes vêm apresentando alta no diagnóstico. No entanto, como apontou a reportagem, “é difícil saber se essas doenças estão realmente se tornando mais frequentes ou se a população está tendo mais acesso ao diagnóstico”. Por outro lado, é afirmado em quadro que “quanto mais baixa é a escolaridade, pior é a saúde”, referindo-se à pesquisa de autoavaliação da saúde aferida pelo Vigitel. A média de autopercepção da saúde como ruim foi de 7%, em 2009, para os que têm até 8 anos de estudo (9,2% para mulheres nessas condições), 1,8% para aqueles com alta escolaridade. A média da população nacional entre homens e mulheres foi de 4,9%, sendo de 8,1% para os idosos (com mais de 65 anos)⁷³. Uma vez que o autocuidado da população brasileira é considerado precário pelas revistas analisadas, a autopercepção de saúde como sendo ruim não é tão alta quanto se poderia supor. Surpreendentemente, a maioria da população entrevistada (cerca de 90%) não considera a própria saúde tão ruim, muito embora a reivindicação por investimentos públicos em atendimento médico e exames seja notória demanda nacional. Na reportagem de ÉPOCA, é explícita a defesa da transferência de responsabilidade para o indivíduo. Aquele que não se cuida segundo os ditames da vida saudável acarreta custos sociais, no presente, ou o fará futuramente:

Os brasileiros cuidam mal do próprio corpo, mas acham que a atenção do país à saúde precisa melhorar. Essa contradição foi captada pela pesquisa encomendada pelo Movimento Todos Pela Educação ao Instituto Ibope, divulgada há 15 dias. Para 63% dos entrevistados, a prioridade número um do governo deveria ser a saúde. As pessoas têm direito de reclamar do mau atendimento, mas talvez fossem mais úteis a si mesmas se, ao mesmo tempo, evitassem comportamentos que ajudam a adoecer. Nesse quesito, a pesquisa do Ministério da Saúde mostra que o povo brasileiro não está fazendo sua parte. O país cultiva maus hábitos. Viver os prazeres imediatos sem pensar nas consequências é um traço absolutamente humano – em

⁷³ A título de comparação, em 2007, a média da população nacional foi 5%. Para até 8 anos de escolaridade, 6,7%, e com mais de 12 anos de escolaridade, 2,3% (MS, 2009). Para as mulheres com menos escolaridade, o percentual chega a 8,6%. Por faixa etária, a maior incidência estava entre mulheres de 55 a 64 anos: 9,3%.

especial, na juventude. E o Brasil ainda é um país jovem. Como convencer quem tem 30 anos e se sente invulnerável que terá de pagar no futuro o preço das escolhas erradas que faz hoje? (ÉPOCA, 21/06/2010, *Como vai a nossa saúde*)

Alguns leitores comentaram a reportagem discordando do prejuízo ao Estado atribuído por ÉPOCA aos maus hábitos: “Como prejuízos para o Estado? Por acaso não pagamos uma carga altíssima de impostos, como a própria revista ÉPOCA reconhece?”; “Falta de recursos? Hum... Poderiam começar por deixar de repassar milhões para compra de equipamentos supérfluos e pagamento de viagens a passeio da maior parte dos nossos muitos honestos políticos”. Outro ainda comentava que o remédio de hipertensão faltou, “mas as ruas foram enfeitadas para o carnaval com nosso dinheiro”.

De fato, o Estado brasileiro está muito longe de favorecer adequadamente a saúde da população, sendo até um pouco caricatural a assimilação, feita pelos serviços nacionais, da justificativa epidemiológica dos países ricos com relação à saúde. Os problemas infraestruturais brasileiros ainda são inúmeros. Além da dificuldade de acesso às consultas e exames, a mercantilização e a demora do atendimento, tanto na rede pública quando na rede de convênios privados, é reclamação constante. A polêmica em torno da formação em medicina e a alta reprovação em exames profissionais no Brasil é bem conhecida. Ademais, Boltanski (2004) já apontou as inúmeras dificuldades de comunicação entre médicos e pacientes decorrentes de diferenças culturais.

Sem falar dos efetivos problemas ambientais que contrariam a ideia de promoção de saúde⁷⁴. Apesar da precariedade explícita, o arcabouço conceitual da saúde pública reproduzido nas mídias, em torno do bem-estar, reitera a responsabilidade individual. De acordo com o álbum seriado *O que é vida saudável*, do Ministério da Saúde (MS, 2004), utilizado em programas de educação da população brasileira:

A saúde depende muito pouco da genética. Evidências mostram que ela está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a correria da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das doenças modernas.

(...) A saúde somente pode ser conseguida quando o indivíduo não depende excessivamente dos profissionais e da rede de saúde para ter uma vida saudável e sim quando tem maior

⁷⁴ Cerca de 45% dos municípios brasileiros não tem acesso à rede de esgotos e saneamento básico; apenas um terço das cidades possui estações de tratamento; 41% passam por inundações; em mais de 50% o lixo não é aterrado. (Dados do IBGE 2010, noticiados na internet, no site do Jornal Nacional da Rede Globo e também no jornal Folha de S. Paulo (2012a), caderno Cotidiano, em 29/04/2011 e 26/08/2012. Segundo o relatório *Saúde nas Américas*, da Organização Pan-Americana de Saúde (Cf. OPAS, 2012, p.85): na zona rural, cerca de 30% dos habitantes não têm água potável; 22% dos municípios brasileiros convivem com alto índice de poluição do ar; entre 2003 e 2007 as doenças respiratórias foram a segunda maior causa de internação; o Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos, há inúmeros casos de contaminação; a tuberculose e a hanseníase ainda não foram eliminadas.

autonomia para consegui-la. A busca da autonomia deve estar voltada ao próprio conceito ampliado de saúde, que não é só um viver saudável consigo mesmo, mas uma construção deste viver com os outros e com a natureza. Um viver com solidariedade e tolerância.

Também o Serviço Social da Indústria (SESI), preocupado com o crescimento das DCNTs e sua possível interferência na produtividade, implantou um programa de prevenção em parceria com o Estado. O projeto visa avaliar constantemente os fatores de risco (Cf. SESI, 2010d) e intervir nos hábitos dos trabalhadores por meio de ação educativa, buscando disseminar um “modo de viver que incorpora hábitos promotores de bem-estar e qualidade de vida” e “busca pelo equilíbrio pessoal e harmonia com o ambiente” (SESI, 2010c)⁷⁵.

Os modelos globais de saúde reproduzidos nacionalmente são construídos a partir de realidades bastante diferentes da brasileira. Acontece que, para qualquer país, as DCNTs são problemas de saúde numericamente relevantes em termos de custos⁷⁶, pois sua principal característica é a longa duração. Seus tratamentos prolongados demandam mais assistência médico-hospitalar e, conseqüentemente, acarretam mais gastos. Aparecem com maior incidência conforme aumenta a idade e é por isso que, entre outros motivos, a questão do envelhecimento com qualidade passou a receber mais atenção.

O desenvolvimento do autocuidado é uma preocupação do Ministério da Saúde brasileiro, que lançou recente campanha específica para diabetes, mas pretende ampliá-la para as demais doenças crônicas. Na seção de autocuidado do site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS (2013), pode-se ler:

Isso é o autocuidado: olhar para si, observar e escolher ações e formas para cuidar da sua saúde. Para que as pessoas possam se cuidar é preciso que estejam motivadas e informadas. Essas orientações são, geralmente, realizadas pelas equipes de saúde, mas também podem ser oferecidas por pessoas próximas, como a família e os amigos. Além disso, outros espaços, como a igreja, a escola, o clube, as associações e a Internet, auxiliam o autocuidado. O princípio fundamental do autocuidado é que você é o centro de qualquer mudança na sua vida e na sua saúde. Você é a pessoa que mais conhece sua própria situação, sabe o que precisa para se sentir bem, o que ajuda ou atrapalha os processos de mudanças. Os profissionais de saúde podem e devem orientar, auxiliar e acompanhar as pessoas nesse processo⁷⁷.

Para todos nós, a palavra dos especialistas a respeito de saúde tem significado de verdade. De posse das informações divulgadas, as ações cotidianas podem até continuar as

⁷⁵ “O ritmo acelerado e a competitividade do mundo moderno podem combinar com um estilo de vida saudável. Basta organizar melhor o tempo, lembrando de manter uma alimentação balanceada e praticar atividades físicas regularmente. (...) Para a indústria, o resultado é o ganho em produtividade. Quem tem boa saúde e autoestima elevada falta menos ao trabalho, tem mais disposição para as tarefas do dia-a-dia e produz melhor” (SESI, 2010e).

⁷⁶ Os custos diretos do Ministério da Saúde com DCNT representam 75% dos gastos com atenção à saúde (Cf. MS, 2006b; OPAS, 2011).

⁷⁷ Cf. Portal DAB (MS, 2013). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>

mesmas, porém a mensagem de que os “maus hábitos” podem abreviar a própria vida dificilmente deixa de chegar à consciência individual. O indivíduo é instado a confrontar-se radicalmente com a situação: ou muda sua conduta conforme a informação ou será considerado em processo suicida. Na realidade, o único jeito de certificar-se da afirmação especialista é segui-la; caso a genética predomine sobre o estilo de vida ou os hábitos saudáveis não funcionem, só será possível saber depois, no final da vida. Por outro lado, rejeitar a informação pode representar a possibilidade de ser acusado mais tarde, por si mesmo e por outros, de ter escolhido a própria doença. De qualquer modo sempre pairará a dúvida: se tivesse optado por “bons hábitos” talvez a saúde predominasse.

Mais informação não representou, entretanto, uma significativa modificação de comportamentos, apesar das extensas campanhas de mais de uma década. Possivelmente, a grande maioria das pessoas não se cuidou mais, apenas passou para a categoria de não saudável, culpada por provável futuro adoecimento. A expectativa de vida aumentou, talvez a mortalidade tenha diminuído com o diagnóstico precoce, mas anuncia-se, segundo a OMS, uma epidemia mundial de DCNT, sobretudo pela expansão da obesidade e da depressão. O tom das mensagens sobre os hábitos saudáveis muitas vezes faz lembrar uma guerra, ou pelo menos uma batalha. As pessoas são convocadas para um combate contra a obesidade, contra o colesterol, contra a depressão, etc. Todavia, não se luta contra o outro, luta-se contra si mesmo. O inimigo está dentro de você: é sua preguiça e sua indisciplina, seu descontrole emocional.

Obviamente, informações que contribuam para a saúde da população são sempre muito bem-vindas. Os problemas começam quando a responsabilidade é transferida para os indivíduos, não apenas no plano moral, como vem acontecendo devido à propagação da ideia de adoecimento enquanto opção, mas, sobretudo, no plano jurídico e legal (Cf. MITJAVILA, 2002). Casos de impedimento de posse em concursos públicos devido a riscos futuros, embora comprovem saúde presente⁷⁸, são cada vez mais comuns. A justificativa seria que a doença pode reincidir em um prazo de até cinco anos, trazendo custos para o Estado, ainda que essas decisões sejam inconstitucionais e juridicamente questionáveis. Se o próprio Estado

⁷⁸ Cf. UOL educação. 11/03/2014. *Professora teve contrato indeferido pelo Estado de SP por obesidade*. Veja também: Folha de S. Paulo (2012b). 13/12/2012. Cotidiano. *Vetada em concurso público por ter tido câncer vai à justiça*. Em 2010, já haviam sido noticiados alguns casos em que candidatos a professores da rede pública de ensino do Estado de São Paulo foram reprovados em função de obesidade ou depressão, sendo posteriormente contratados mediante recurso jurídico. A utilização dos riscos de saúde como critério para contratação de profissionais, pagamento de tratamentos de saúde, concessão de crédito, etc., indica um potencial de arbitragem social do risco de saúde perante a lei, que confere poder à área médica ou psicológica, para determinação de destinos individuais (Cf. MITJAVILA, 2002).

julga legítimo argumentar ser a saúde resultado exclusivo do comportamento, culpabilizando e punindo o indivíduo doente, supõe-se que essa posição seja também amplamente adotada em setores privados e companhias de seguro, que podem rejeitar, mesmo de modo sutil, aqueles considerados “em risco” (tais como obesos, soropositivos, deprimidos e pacientes de doenças crônicas), encobrendo as reais causas com justificativas dissimuladas. Em suma, a padronização mundial de um estilo de vida saudável, justificada pelo discurso do risco, foi engendrada junto com a difusão das “políticas saudáveis” pela OMS e segue um projeto político global, que privilegia as condutas individuais para a prevenção e desonera o estado de suas obrigações na promoção de saúde (Cf. CASTIEL, 2009; CASTIEL *et al.*, 2010).

A retórica “saudável” encontrada nas revistas está direcionada para um leitorado específico, de maior poder aquisitivo, que não frequenta habitualmente o atendimento público e possui mais recursos para aperfeiçoar a própria saúde pelo consumo. A interpretação das estatísticas pelas mídias apenas reflete o imaginário neohigienista, atualizado com novas noções de saúde e bem-estar, que atribui os maus costumes às camadas populares. Parece haver aqui, como constatado na análise de outras notícias, a necessidade de afastar o risco, localizando-o longe, nos estratos menos educados e com menor poder aquisitivo. Sugerimos, assim, que há um importante fator de distinção, virtuosismo e prestígio manifesto nos ideais de vida saudável, propagados como se fossem costumes de pessoas cultas e mais civilizadas, embora os números revelados nas pesquisas não ratifiquem essa enunciação.

Seja porque os estratos privilegiados são mais propensos a investir na valorização da imagem expressa no próprio corpo e na manutenção da saúde, seja porque seu estilo de vida e de autocuidado é mais valorizado que outros, inegavelmente a conduta saudável proposta nas revistas tem por parâmetro hábitos peculiares, inicialmente adotados por alguns grupos com mais prestígio social⁷⁹, e uma espécie de “ética individualista”, voltada para a satisfação dos próprios interesses e para o crescimento pessoal, nas mais diversas áreas da vida. A constituição de um *ethos terapêutico*, que sobrevaloriza os cuidados individuais com a saúde física e psíquica, a ser discutido no último capítulo, gira em torno dos costumes e crenças desses segmentos sociais. Segundo o ideário de bem-estar transmitido, a autodisciplina, a autoadministração emocional e o poder pessoal para transformar a própria personalidade e o cotidiano, evitando adoecimento, são considerados essenciais para a saúde otimizada e para a maximização do desempenho.

Na virada do milênio, o novo modelo de vida saudável podia ser encontrado entre os

⁷⁹ Por exemplo: celebridades, empresários, executivos, profissionais liberais, profissionais da saúde e da educação, da comunicação e do *marketing*.

estratos de maior poder aquisitivo e/ou de maior nível educacional. Restava “democratizá-lo” para a população em geral, objetivo perseguido pelo Estado e pelas empresas⁸⁰ na última década e ainda almejado para os próximos dez anos, tanto no que se refere ao combate à obesidade⁸¹ quanto à implantação de práticas corporais que eliminem a depressão e o estresse. Um dos sinais da recente expansão do dever de autocuidado para os estratos menos favorecidos foi a recente (e tardia) criação de um programa de televisão (*Bem-estar*) na Rede Globo com essa finalidade, em 2010, exibido pelas manhãs, visando principalmente donas de casas e empregadas domésticas.

Desde meados dos anos 2000, aproximadamente, pode-se notar que o Estado brasileiro vem se engajando cada vez mais em políticas que visam os direitos de saúde⁸², mas também tem se esforçado para manter certa vigilância sobre o comportamento dos cidadãos⁸³. Não apenas a legislação tem restringido os hábitos deletérios para a saúde, como ocorreu com as leis antitabagismo⁸⁴ e a “lei seca” do trânsito (lei federal de 2008), mas também tramitam leis sobre a alimentação no Congresso, a fim de regular os produtos alimentares industrializados e o comércio de guloseimas e refrigerantes em cantinas escolares. O combate à obesidade infantil, por exemplo, é uma das plataformas do atual governo americano e também no Brasil são lançados programas educacionais para evitar uma futura população gorda e sedentária. Em 2014, a AMIL, operadora de planos privados de saúde, aderiu à campanha contra a obesidade. Além disso, atualmente, o controle estatal dos hábitos de autocuidado está sendo realizado por pesquisas domiciliares e acompanhamentos diretos de agentes de saúde,

⁸⁰ Citamos como exemplo o programa *Lazer Ativo* (Cf. SESI, 2010a, 2010b, 2010c), criado pelo SESI-SC em 1999, em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Atividades Físicas (NUPAF-UFSC). Baseado no *Pentágono do Bem-estar* (1-alimentação saudável, 2-atividade física, 3-controle do estresse, 4-relacionamentos sociais, 5-comportamentos preventivos), o programa *Lazer Ativo* hoje existe em 18 Estados e tem como princípios: “(a) a opção por um estilo de vida ativo e saudável; (b) na companhia de amigos e familiares; e (c) sempre que possível em contato com a natureza” (SESI, 2010b).

⁸¹ Ação contra obesidade infantil atingirá 50 mil escolas (Cf. MS, 2012b).

⁸² Durante a década de 2000, foram criadas políticas públicas com mais enfoque na chamada humanização da saúde, e leis que protegem e asseguram direitos de saúde mais amplamente (portadores de transtornos mentais e de deficiência, idosos, mulheres, trabalhadores, povos indígenas, reinserção comunitária de pessoas com transtornos psiquiátricos).

⁸³ Em 2003, com a reestruturação do Ministério da saúde, foram criadas, entre outras, três novas secretarias: de Atenção à Saúde, de Vigilância em Saúde e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Desde 2006, além do inquérito VIGITEL, foram iniciados programas para promover o envelhecimento saudável e “ênfasis na mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo”, bem como “promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável” (MS, 2006d, p. 11). As campanhas para prevenção de consumo abusivo de álcool tiveram início em 2007.

⁸⁴ A lei que restringe o cigarro em lugares públicos fechados entrou em vigor em 1996, mas, em 2011, os chamados “fumódromos”, locais abertos destinados a fumantes, foram abolidos por lei federal, seguindo o exemplo da lei estadual paulista, de 2009. Cf. Portal Brasil (2011). *Maioria dos estados brasileiros adota leis antifumo*. 31/05/ 2011.

sobretudo nos programas de atenção básica e saúde da família e nas ações focadas no tratamento preventivo de diabetes.

No entanto, a intervenção estatal para propagação dos hábitos saudáveis foi tardia, se comparada com a atuação das mídias, desde o meio dos anos 1990, que muito colaboraram para a formatação de valores de bem-estar de acordo com a visão de mundo de estratos socioeconômicos mais privilegiados. O Estado apenas reforçou condutas individualizadas para a prevenção de riscos, seguindo diretrizes da OMS, e estendeu as recomendações de “bom” comportamento para todos os cidadãos; todavia, após a investigação do noticiário, pode-se afirmar que, no final do século XX, a cultura da saúde e do bem-estar já estava instalada nos estratos urbanos médios e altos, com grande auxílio dos meios de comunicação.

1.5. Algumas considerações sobre os noticiários das duas fases

Na década de 1990, ocorreram modificações processuais que levaram à configuração atual das revistas e das aceções aceitas por seus leitores. Mudou o mundo, mundo o país, mudaram as revistas e os leitores. Além da estabilização da moeda, do acesso a produtos importados e às novas tecnologias, das modificações no trabalho, os costumes passaram por uma revolução. A moral tradicional com relação à família, casamento, sexo, religião passou a ser questionada mais abertamente, o que pode ser observado nas notícias sobre comportamento. Alguns assuntos relacionados à revisão dos valores começavam a circular nas revistas desde 1988, como o divórcio, facilitado pela Constituição, que suscitava novas reflexões acerca do relacionamento conjugal, da guarda e da educação dos filhos, alcançando as capas⁸⁵, nos anos 1990. Reportagens apontavam o novo papel feminino, a maior importância da carreira profissional diante da maternidade e a nova moral sexual⁸⁶,

⁸⁵ Capas sobre o divórcio e a nova família na década de 1990 indicavam essa situação: VEJA, 27/01/1988, *Filhos do divórcio*: a vida nas famílias de pais separados; VEJA, 05/06/1991, *Menos filhos, mães no trabalho* – a nova família da classe média brasileira; ISTOÉ, 01/11/95, *O tesão foi embora e o sexo no casamento torna-se cada vez mais raro*; VEJA, 23/09/1996, *Sexo, tédio e casamento*; VEJA, 30/07/1997, *Sem tempo para os filhos* – como as mães e os pais que trabalham demais podem valorizar as poucas horas juntos; VEJA, 17/12/1997, *Gravidez sem casamento (Xuxa)*; VEJA, 17/03/99, *Unidos pelo divórcio* – como se relacionam pais e filhos nos 14 milhões de famílias brasileiras; VEJA, 11/08/99, *Casamento* – a hora de investir e a hora de desistir.

⁸⁶ As capas sobre sexualidade tornaram-se mais frequentes desde os anos 1990, antes eram raras: ISTOÉ, 29/06/1988, *Namoro no trabalho* - tempos modernos mudam normas de conduta dentro da empresa; VEJA, 27/11/1991, *Na selva dos novos costumes* – um guia de bons modos para os anos 90 – do escritório ao motel; ISTOÉ, 24/03/1993, *Marvada carne* – espalha-se no país o hábito de contar vantagem sexual e exibir o corpo; VEJA, 12/05/1993, *O que é ser gay no Brasil* – pesquisa mostra como brasileiros tratam homossexuais e o que pensam; VEJA, 04/08/1993, *Elas querem sexo e mais prazer* – a nova sexualidade feminina; ISTOÉ, 17/08/1994, *Homossexualismo (feminino)* – suave revolução; ISTOÉ, 02/11/1994, *Sexo no escritório* - romance entre colegas deixa de ser tabu; ISTOÉ, 01/02/1995, *O machão falhou* – mulheres libradas intimidam apetite

principalmente em ISTOÉ, mas também em VEJA. Tabus cristãos - como a culpa e o pecado⁸⁷ – eram rediscutidos, assim como o crescimento do individualismo⁸⁸ e a necessidade de autoestima. Começava a ser legítimo socialmente dar mais importância a si do que a outrem.

No final dos anos 1990, ISTOÉ apontava as mudanças culturais (27/11/1996, *A nova face da vergonha*). De acordo com a reportagem, a vergonha, a desonra, a humilhação ou a insegurança produzidas pelo julgamento desaprovador alheio regulariam a moral. Cobra-se mais emancipação da mulher, então agora vergonha está em não ser reconhecida profissionalmente, em ser mera dona de casa, mãe e esposa. Pode-se dizer que o fracasso em ser bem-sucedido é a principal desonra contemporânea, para homens e mulheres.

Equivale a dizer que atualmente é muito mais vergonhoso estar desempregado do que cometer algum ato desonesto. Ser um sujeito honrado não conta tanto quanto ser bem-sucedido, competente e ganhar um bom salário. (...) No caminho inverso, o orgulho de ser honrado acima de tudo perdeu hoje o significado que tinha em outras décadas. Deixar de cumprir um compromisso, por exemplo, era razão de muito constrangimento (...) A inadimplência não é mais vista como uma vergonha, mas como uma contingência. (...) Se décadas atrás era uma vergonha inafiançável uma mulher revelar não ser virgem, hoje é a virgindade que se transformou em motivo de vergonha. (...) Se não há mais tanta vergonha de tirar a roupa para mostrar o corpo, há muito pudor em expor uma silhueta que não é perfeita (ISTOÉ, 27/11/1996, *A nova face da vergonha*).

Hoje, parece natural que os indivíduos sejam cada vez mais impelidos a serem autônomos e a cuidarem da própria vida de forma autossuficiente, principalmente da própria saúde, lapidando suas personalidades pelo aprimoramento contínuo. Considera-se que todos podem alcançar o sucesso e a vida longa mediante a autodisciplina e o domínio das próprias emoções e desejos. Porém, vinte e cinco anos antes, ideias sobre estilo de vida saudável, hábitos de autocuidado corporal e emocional, autoajuda, autoestima ou poder psíquico dos sujeitos para superação de problemas pessoais, dependente apenas da vontade e da disposição mental, não podiam ser vistos como assuntos de revistas jornalísticas sérias.

De acordo com o mapeamento de VEJA e ISTOÉ, na primeira fase de pesquisa (1988-

sexual masculino; ISTOÉ, 18/10/1995, *Bissexuais, talvez o sexo do futuro*; VEJA, 24/01/1996, *Angústia do macho* – inseguro diante da mulher, preocupado com a forma física e o desempenho; ISTOÉ, 20/03/1996, *Sexo – a explosão da indústria do prazer*; ISTOÉ, 10/06/1998, *A nova revolução sexual* – as mulheres querem mais sexo e menos poder.

⁸⁷ A propósito do lançamento de livros sobre o assunto, ISTOÉ (19/08/1998, *Os novos pecados capitais*) propunha um quadro de atualização dos antigos pecados com substitutos correspondentes, mais significativos na atualidade: avareza => pobreza; gula => gordura; inveja => feiura; ira => tabagismo; luxúria => velhice; orgulho => tristeza; preguiça => fracasso.

⁸⁸ ISTOÉ, 11/07/1988, *Jurandir Freire Costa leva Brasil ao divã e constata que o desamparo político explica a ânsia de tirar vantagem em tudo*; ISTOÉ, 23/12/1992, *Espelho, espelho meu* - estudo revela que narcisismo pode ser traço saudável na personalidade; VEJA, 18/10/1995, *Casulos modernos* – amparada na tecnologia e nos serviços em domicílio, muita gente só faz o que mais gosta: ficar em casa; VEJA, 17/10/1996, *Bloco do eu sozinho* – a tribo dos solteiros convictos ganha adeptos, atrai a indústria e cria novos hábitos sociais.

1998), o processo de transferência para os indivíduos da responsabilidade pela construção da saúde física e mental foi acelerado a partir de 1995. Em paralelo, como dito antes, ocorreu o processo de privatização da saúde e da previdência, de implementação do SUS, de flexibilização das leis trabalhistas. Com o aumento do desemprego, as transformações no mundo do trabalho foram acompanhadas pela ênfase na importância do corpo belo e saudável para o acesso ao mercado profissional e a manutenção do emprego. No entanto, desde então não bastaria a “boa apresentação” básica requisitada há algumas décadas – tais como limpeza, sobriedade, beleza –, era desejável a “boa forma” física e a aparência jovial, pois denotariam disposição para o enfrentamento dos desafios propostos pela nova ordem econômica global: alta produtividade em curto prazo, atualização constante dos conhecimentos, inovação e criatividade, adaptação às circunstâncias de mobilidade frequente.

Na segunda fase de pesquisa (1999-2008), a manutenção da forma esbelta significava também cuidado consigo e planejamento da saúde futura, uma vez que já vigorava a noção de estilo de vida “errado” como principal causador de doenças. A aparência de autocuidado corporal representaria uma probabilidade maior de saúde, presente e futura, além de indicar a capacidade de autodisciplina para vencer a própria vontade em função de um objetivo.

Também a simpatia, a habilidade em manter a calma, a capacidade de comunicação e de negociação com colegas e clientes, a autonomia e o dinamismo, passaram a ser novos requisitos do mercado profissional. Não só o corpo, mas a personalidade e o modo de ser deveriam ser aperfeiçoados. Isso exigia um novo tipo de trabalho sobre si, que inclui a adoção de hábitos saudáveis para o corpo e a psique, cuja remuneração indireta seria a perspectiva de alcançar uma posição social melhor; representava um investimento do indivíduo nele próprio, que, ademais, retornaria em saúde, felicidade e vida longa.

Na primeira fase de pesquisa (1988-1998), constatamos tendências diferenciadas entre VEJA e ISTOÉ, referentes ao modo de divulgação dos hábitos saudáveis. Enquanto a primeira seguia uma linha mais pragmática e biologizante, a segunda claramente simpatizava com as medicinas alternativas complementares e enfatizava aspectos psíquicos e espirituais da saúde. Assim, VEJA recomendava o autocuidado como sendo mais radicalmente vinculado à racionalidade biomédica, propondo ao leitor o aperfeiçoamento da sua personalidade para adquirir disciplina e a adoção de hábitos saudáveis com o objetivo instrumental de evitar riscos de adoecimento, sobretudo para manter-se no mercado de trabalho. ISTOÉ, por sua vez, apresentava o autocuidado mais focado no lado psicológico, ressaltando as racionalidades terapêuticas da psicologia e das PICs, sugerindo métodos de aperfeiçoamento da

personalidade e de condução da vida prática para encontrar mais bem-estar, ser feliz e viver por mais tempo. Essa polarização entre as revistas desapareceu na segunda fase de pesquisa (1999-2008), como será discutido no próximo capítulo, dedicado ao autocuidado emocional, pois os aspectos biológicos e psíquicos foram entrelaçados à perspectiva neurocientífica dos comportamentos, e tanto as revistas veteranas quanto a novata ÉPOCA tratariam dos assuntos de saúde e bem-estar de uma maneira mais homogênea, todas elas dando relevância ao autocuidado emocional e aos problemas psíquicos, sem abrir mão da referência biológica e sem abdicar da instrumentalização, em termos de metas de sucesso profissional e financeiro.

A influência das emoções e da psique na saúde biológica, bem como os benefícios de algumas medicinas alternativas e da meditação, começou a ser enfatizado no finalzinho do século XX, principalmente em ISTOÉ. Graças ao desenvolvimento das neurociências e ao aumento de pesquisas ligando comportamentos a fatores neuroquímicos e ao funcionamento cerebral, certos sentimentos, emoções e modos de ser começaram a ser vistos como patologia. Em virtude disso, a partir de 1999, as capas das três publicações passaram a destacar, com frequência, o autocontrole emocional que sustenta a disciplina de hábitos corporais e mantém a disposição psíquica para o desempenho produtivo.

A partir dos anos 2000, a divulgação das condutas de risco nas revistas foi mais agressiva, com a enunciação dos perigos da vida sedentária para todos e o estímulo (inculcação) aos hábitos saudáveis em qualquer cidadão, de qualquer idade. No período 1999-2008 percebe-se uma explosão dos temas sobre saúde e bem-estar nas capas das revistas semanais. Seguindo a mesma linha, em 1999, o jornal Folha de S. Paulo criou uma edição semanal do Caderno Equilíbrio (Cf. GOMES, 2008), para tratar assuntos de bem-estar: hábitos preventivos, medicinas alternativas, aconselhamento psicológico e sexual, entre outros temas. Há de se ressaltar que, em 2002, a OMS publicou um relatório da saúde mundial dedicado à saúde mental com dados sobre a epidemia de depressão, recomendando maior atenção dos governos aos aspectos psíquicos da saúde, e conclamando as mídias para a educação do público, no intento de prevenir a depressão, o suicídio e o abuso de drogas e álcool. Certamente, esse direcionamento orientou a problematização dos aspectos psicossomáticos⁸⁹ pelas mídias, na primeira década do século XXI, sobretudo no que se refere à divulgação dos sintomas indicadores de patologia e a caracterização epidêmica das doenças

⁸⁹ Doenças psicossomáticas, também chamadas “doenças funcionais”, são aquelas sem causa diagnosticada, que afetam o organismo e são identificáveis por meio de exames clínicos, embora desencadeadas por fatores emocionais. As revistas divulgaram bastante a respeito da comprovação científica da interferência das emoções no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e no sistema imunológico, sobretudo após 2003.

psíquicas. Com a contínua publicação de testes de autoavaliação, as revistas, possivelmente, contribuíram para que os leitores se autodiagnosticassem em relação às novas patologias emocionais.

As capas do período 2000-2006 foram alvo de pesquisas acadêmicas anteriores, dentre as quais destacamos *A invenção do mesmo e do outro na mídia impressa semanal*, coordenada por Aidar Prado (2007), que, entre outros temas, também se ocupou da construção do indivíduo saudável na mídia impressa semanal⁹⁰. Muitas das observações da referida pesquisa foram reiteradas pela presente investigação sobre as capas das revistas de circulação semanal, no período 1999-2008, frisando-se que no período 1988-1998 não era bem assim: esse formato foi percebido somente no final do século XX. Desde então, os temas ligados à vida saudável e ao bem-estar apresentados nas revistas reforçaram o imaginário da liberdade de escolha, da responsabilidade individual e do mérito pelo bom comportamento.

Assim como Prado (2007), percebemos que, a partir dos anos 2000, as três revistas procuraram guiar seus leitores para que se transformassem em indivíduos bem-sucedidos, ao mesmo tempo em que abriram julgamento moral sobre o que é positivo ou negativo em termos de atitude, sancionando alguns comportamentos e estigmatizando outros. Prescreveram-se receitas práticas para o autoaperfeiçoamento e a transformação do indivíduo em nova pessoa, com êxito na profissão e nas várias esferas da vida, inclusive sexual. Também reiteramos as observações desse pesquisador, no que se refere à atuação das mensagens, mais pela sedução às regras sociais que estabelecem, ofertando como recompensa a vida longa e o sucesso, do que pela enunciação direta do dever de não fracassar, que é a verdadeira mensagem implícita. As revistas tentam persuadir o leitor a aderir a um programa de transformação máxima - no seu modo de ser, de se apresentar, de perceber o mundo e de se relacionar com outras pessoas. Metaforicamente, poderíamos considerar a transformação pessoal como uma espécie de renascimento simbólico. Porém, não é somente uma questão de mudança de conduta, significa também o consumo de uma nova imagem ou nova identidade,

⁹⁰ Essa pesquisa foi coordenada por José Luiz Aidar Prado (Grupo de Pesquisa sobre Mídia Impressa – *1 dia, 7 dias*, Programa de Estudos Pós-graduados em Comunicação e Semiótica da PUC-SP) e publicada em CD-ROM, em 2007. Foram investigadas as capas de VEJA, ISTOÉ, ÉPOCA e CARTA CAPITAL, entre 2000 e 2006. A pesquisa questiona, a partir da semiótica, o recorte da realidade oferecido pelos textos e imagens. Foi identificado um regime de visibilidade que faz prevalecer temas que povoam o imaginário dos leitores de classe média, tais como o sucesso da livre iniciativa, o corpo saudável, a riqueza, a ascensão social e a educação – que fazem parte do *mesmo*. Enquanto o *outro*, o “menos confiável, o perigoso”, aparece encarnado em temas como violência, miséria, grupos da periferia, movimentos sociais, negros, índios, muçulmanos, homossexuais, etc. Para Prado (2007), não há dúvidas de que as mensagens são direcionadas para atender um programa de ascensão socioeconômica dos estratos médios urbanos. Além dessa pesquisa, duas dissertações debruçaram-se sobre a construção do corpo belo e a representação dos gordos nas revistas de grande circulação, porém sob outra perspectiva teórica. Ver: MARTINS (2008) e SUDO (2004).

mediante a aquisição de bens materiais e imateriais. O dever de autocuidado é legitimado por elementos visuais (infográficos, quadros e imagens montadas) e verbais (delegação da voz ao saber especialista) que criam efeitos de realidade, objetividade e imparcialidade (Cf. PRADO, 2007). Embora as revistas, assim como os demais meios de comunicação de massa, se apresentem para o público como imparciais, as mensagens sobre saúde, bem-estar e comportamento também têm o objetivo de doutrinar consumidores de produtos e serviços.

O autogerenciamento e a modelação de um *Eu*⁹¹, segundo um ideal de personalidade autônoma, responsável e autodisciplinada, são apresentados pelas revistas, na segunda fase da pesquisa, como regras para a manutenção da empregabilidade. O aumento da capacidade produtiva sempre é uma das principais motivações oferecidas para os hábitos saudáveis. Os enunciados das revistas são retirados da própria dinâmica da cultura contemporânea, especialmente da cultura corporativa. É bastante perceptível a empatia das revistas pelas teorias de gestão empresarial quando tratam dos assuntos de bem-estar e hábitos saudáveis, autocontrole emocional e disposição mental. O preparo do indivíduo produtivo e saudável, ao mesmo tempo de um consumidor de saúde, é, claramente, uma “missão” das revistas. Na última década, a saúde foi sendo transformada em um modo de capitalização do corpo e da mente; ser saudável de corpo e alma faz parte da produção de indivíduos para o mercado profissional: é considerado um investimento em seu próprio capital humano. Voltaremos a esse assunto no último capítulo, por hora, é suficiente apontar o estímulo de hábitos cotidianos autodisciplinados para ser saudável, mobilizando também hábitos de consumo - de produtos, serviços e informações – para melhorar a imagem e ampliar as potencialidades. As mídias do século XXI procuram ensinar seus leitores a viver, fornecendo modelos padronizados de “qualidade de vida”, que alimentam o segmento econômico denominado de “indústria”, “mercado” ou “economia” do bem-estar.

Como já apontado, as notícias servem também de vitrines para produtos e serviços profissionais. Os serviços de profissionais de saúde holísticos e alternativos são frequentemente encontrados nas reportagens de ISTOÉ. Por sua vez, VEJA anuncia medicamentos abertamente em suas reportagens. ÉPOCA faz as duas coisas, além de promover o modo de vida das celebridades da Rede Globo. Em todas as revistas, especialmente em notícias sobre emoções e disposição mental, mas também sobre

⁹¹ A palavra *Eu* (*self*) será utilizada em maiúscula durante o texto para aludir à subjetividade ativa na construção da própria identidade. Essa ideia vigora atualmente como se fosse uma verdade óbvia e “natural”, mas trata-se de uma concepção específica do nosso momento histórico (Cf. ROSE, 1989, 2011), como será discutido no último capítulo.

longevidade, dietas, etc., as reportagens espelham os lançamentos do mercado editorial, apresentando quase sempre resenhas de livros de autoajuda como referências que, ao mesmo tempo, estimulam o consumo de informações sobre saúde e bem-estar.

No Brasil, a partir do final do século XX, termos como *bem-estar*, *qualidade de vida* e *estilo de vida saudável* adquiriram a conotação de maximização e prolongamento da vida útil do indivíduo, preservando as capacidades motoras e psíquicas adequadas para manter a independência e a produtividade. Conforme se apresenta nas notícias, o dever de autocuidado com a saúde deve ser aprendido e desenvolvido desde a infância até a velhice, deve ser realizado por meio de técnicas fornecidas pelos especialistas, com base na psicologia, na informação epidemiológica sobre riscos e nas descobertas e avanços científicos. Esse papel pedagógico é assumido pelas revistas, que parecem transformar-se, após 1995, de “meios de informação” em “meios de formação”. Para além das informações jornalísticas características desse tipo de mídia, as revistas de atualidades passaram a oferecer receitas de como sobreviver às crises mediante a palavra dos especialistas como orientadora de condutas.

Por outro lado, no período 1999-2008, o noticiário sobre saúde das três revistas ficou muito parecido com o estilo narrativo da antiga revista *Seleções (Reader's Digest)*, que ensinava fórmulas para a vida prática e para a saúde da família. Em alguns momentos a narrativa chega até mesmo a se assemelhar com a das revistas religiosas, falando em perdão, culpa, espiritualidade e caridade. Tudo em nome da saúde. Muitas vezes, tende para a literatura dos antigos manuais dietéticos, como veremos à frente, outras vezes parecendo reproduzir preceitos dos manuais de autoajuda do século XIX, que pregavam o poder de autocura do pensamento positivo. Isso muito bem explicado por pesquisas científicas, que não conseguem camuflar o conteúdo valorativo de algumas reportagens, sobretudo no tocante à espiritualidade, à fé e ao otimismo.

Nesse sentido, no próximo capítulo serão apresentadas as narrativas sobre a vida saudável, sobretudo sobre a autoadministração emocional, extraídas das capas da segunda fase de pesquisa, perspectivadas, no entanto, pelo formato de guia de conduta para a vida prática e cotidiana, como se fossem manuais ou almanaques que servem para conduzir os comportamentos contemporâneos, a exemplo dos antigos tratados para a vida sóbria e longa, proliferados entre os séculos XV e XVIII, que serão apresentados mais tarde, no terceiro capítulo.

2. Hábitos de autocuidado no noticiário semanal de saúde do século XXI

A proposta desse capítulo é explorar os preceitos atuais da vida saudável, considerando, prioritariamente, a ênfase na administração das emoções para a conservação da saúde. As notícias revelam as novas regras de comportamento para manter-se em plena forma física e com disposição exemplar até a idade avançada. Além do motivo de saúde, o autocontrole emocional é apresentado como necessidade para garantir trabalho e renda, para lidar com os relacionamentos afetivos ou simplesmente para sobreviver aos sobressaltos da agitada vida urbana contemporânea sem ter um esgotamento nervoso.

A crescente valorização do empreendedorismo como um modo de pensar e agir que leva incondicionalmente ao sucesso, à felicidade e à independência é perceptível na leitura do noticiário da segunda fase de pesquisa. O empreendedorismo não significa apenas abrir o próprio negócio e ser seu próprio patrão, mas assumir o modo empresarial de pensamento e ação, aplicando-o, inclusive, no autogerenciamento da vida individual. Esse modo de ser e de pensar foi muito bem explorado por Alain Ehrenberg, em seu livro *O culto da performance* (2010a). O sociólogo francês apontou as similaridades entre os princípios propagados pelas empresas, o esporte, a aventura e o empreendedorismo, no que diz respeito à proposta de constituição de indivíduos vencedores - autônomos e autossuficientes, que não fogem dos riscos, assumem-nos responsavelmente como uma carga individual. Assim também cada um deveria agir como se fosse uma empresa privada, administrando-se racionalmente e planejando os próprios caminhos, lutando para superar seus limites e aperfeiçoar a qualidade. Empreender adquiriu o significado de atitude heroica e aventureira perante a existência, o esforço individual conduz ao êxito extremo em todas as esferas da vida e à conquista de uma posição de destaque.

Nas reportagens de capa sobre saúde, bem-estar e comportamento de 1999 a 2008, é perceptível o estímulo à construção de uma personalidade empreendedora, que, procurando melhorar cada vez mais sua personalidade, seu desempenho e sua produtividade, extrapola os próprios limites e supera situações difíceis sem grandes abalos emocionais. Não somente na área profissional, também no corpo e na saúde biopsíquica, deve-se buscar a excelência. O incentivo à conduta empreendedora foi bastante forte nas três revistas. ÉPOCA chegou a incluir a propagação do empreendedorismo como parte de sua missão empresarial⁹². Essa

⁹² Na carta do editor de ÉPOCA (10/06/2008, *Nossa Missão*) consta, entre outras crenças e valores afirmados: “Acreditamos que o empreendedorismo é essencial para o desenvolvimento do Brasil”; “Acreditamos em promover uma vida saudável, equilibrada e feliz”.

tendência, ainda em pleno desenvolvimento nos dias atuais, contribuiu para o imaginário de saúde e bem-estar, à medida que a autodisciplina do corpo e da mente foi considerada um meio para o indivíduo se construir como “vencedor” e renovar sua personalidade, excluindo os traços de “perdedor”.

Da maneira como é colocada no noticiário, como será mostrado, absolutamente tudo fica a cargo do indivíduo e de sua “competência emocional” para vencer a si mesmo, em aspectos julgados “negativos” da personalidade (preguiça, gula, obsessividade, ansiedade, raiva, tristeza, desânimo, pessimismo, entre outros), e para dominar sua vontade de uma maneira racional, que considere os riscos presentes e futuros identificados pelas estatísticas e pelo conhecimento científico. Embora as notícias preguem a busca de autonomia e liberdade, ser um descontrolado não é uma opção, uma vez que coloca a própria saúde em risco, além de provocar inconveniências sociais, especialmente as profissionais. A “boa notícia” é que a “ciência” sabe como corrigir seu desequilíbrio emocional, tornando a vida mais fácil com a oferta de medicamentos para os males da alma ou desvendando os mistérios do cérebro para que as potencialidades individuais possam ser desenvolvidas.

2.1. As máximas do bem-estar e da vida longa (e útil) nas capas

Quais seriam, então, as máximas do bem-estar contemporâneo? Pode-se dizer que, além do hábito de tomar medicamentos, alguns hábitos tornaram-se panaceias para a saúde e foram consolidados entre 1999-2008, recomendados para absolutamente todos os males: alimentação, atividades físicas, exames diagnósticos e relaxamento, sobretudo meditação. A meditação, que, no século XXI, desponta como a principal técnica de autocontrole emocional e maximização cerebral, será comentada no último tópico deste capítulo, após a apresentação das capas sobre administração das emoções e sentimentos⁹³ considerados doenças psíquicas. Alguns principais preceitos da vida saudável, além da nutrição e do sedentarismo, serão vistos sinteticamente em seguida⁹⁴, por serem temas centrais entre os hábitos saudáveis, mas o interesse especial deste trabalho, reafirmamos, está na saúde mental e no autocuidado

⁹³ Há toda uma diferenciação conceitual entre senso moral, paixões, emoções e sentimentos, decorrente do processo histórico de constituição da ideia de subjetividade, para a qual não há espaço nesta tese. Este tema foi enfrentado com bastante competência por Daniel Pereira Andrade (2011), que abordou suas interfaces com o funcionamento atual da economia. A consideração paulatina da dimensão emocional na esfera econômica também foi bem explorada por Eva Illouz (2008, 2011), que defende a existência de um *capitalismo emocional* ou *terapêutico* na atualidade.

⁹⁴ As máximas foram organizadas como paródias dos antigos manuais para a saúde e a vida longa, que, como será resgatado no próximo capítulo, enfatizavam seis tópicos: a) alimentação e líquidos; b) atividade e repouso; c) sono e vigília; d) evacuação e repleção; e) ar e meio; e) controle das paixões.

emocional.

Você é o que come: nutrição balanceada e redução da obesidade

Além da guerra contra a obesidade iniciada no final dos anos 1990, que muito contribuiu para a regulamentação alimentar, no século XXI, a nutrição tem ocupado um papel central para a prevenção. Segundo muitas reportagens, a inspiração para a adoção de bons hábitos alimentares deriva da medicina hipocrática e da cura pela alimentação. Além da insistência no perigo representado pelo açúcar, sal e colesterol, a grande novidade da primeira década do milênio são os “alimentos funcionais”, que fazem bem para isso ou para aquilo. Muito embora a medicina do equilíbrio dos humores tenha sido eliminada pela medicina clínica, no século XVIII, seus preceitos ressurgem nas novas ciências da nutrição que investigam os nutrientes e componentes bioativos dos alimentos: nutrigenômica (nutrição genética), nutracêutica (nutrição farmacêutica). Segundo ISTOÉ (13/01/1999, *Dietas da moda*), são dois os objetivos dessas ciências: “a chancela científica da velha sabedoria popular de que os alimentos têm poder curativo” e fabricar cápsulas naturais com esses componentes. Assim, a chamada “alimentação funcional” abriu um novo ramo de negócios, além de desvendar “os defeitos e virtudes” dos alimentos (ISTOÉ, 21/07/1999, *Não morra pela boca*). A indústria alimentícia aproveitou os novos conceitos de funcionalidade e começou a produzir alimentos enriquecidos com ferro, ácidos graxos, ômega 3 e 6, cálcio, vitaminas, etc. De acordo com as reportagens, a necessidade de complementar as deficiências nutricionais deve-se aos maus hábitos alimentares.

A alimentação é instrumental, deve servir para preservar a saúde. Entretanto, é essencial buscar o prazer da degustação dos alimentos e da companhia das pessoas à mesa, para compensar o sacrifício da privação alimentar. Vez por outra, pode-se fugir da dieta. Mais importante é o equilíbrio, o exagero é um descontrole que deve ser combatido. A obesidade, a anorexia, a mania por comida saudável, também são sinais patológicos do descontrole. Em mensagem nitidamente dirigida para as executivas, VEJA (27/05/2009, *Emagrecer pode ser uma delícia*) advertia que, com a idade, “todos temos de controlar a alimentação”.

Quem sabe ler um balanço, equilibrar custos, atender clientes, administrar folha de pagamento ou cuidar da família em seus múltiplos e complexos aspectos também sabe fazer dieta. Os princípios fundamentais são os mesmos: organização e disciplina.

(...) Já que o prato estará mais vazio, compre um buquê de flores, permita-se um supérfluo, enfeite a mesa, copos coloridos, para dar a sensação de preenchimento de espaços; não leve travessas para a mesa (para não cair em tentação); postura confortável e ereta para ter percepção da saciedade; pare de comer antes de sentir o estômago cheio, pense no estômago

como tanque de gasolina e encha 3/4⁹⁵.

Em ISTOÉ (13/01/1999, *Só é magro quem quer*), especialistas avaliavam dietas da moda e insistiam que a reeducação alimentar é a única maneira saudável de emagrecer; não adianta seguir as inúmeras dietas das celebridades, nem tomar *Xenical*, o mais importante é “a vontade de fechar a boca”⁹⁶. Uma delas, a dieta dos líquidos, lembra a preocupação com a evacuação das antigas dietéticas dos humores, “proporciona o repouso do aparelho digestivo, garantindo a desintoxicação do organismo através da eliminação de toxinas prejudiciais à saúde”, recomendada para reduzir medidas e gordura, mas muito suave para tratar obesidade.

Dietas de todos os tipos e com diferentes objetivos: dietas para emagrecer; as que estão na moda e aquelas seguidas pelas celebridades; dieta de acordo com o DNA; dieta para manter-se jovem ou reduzir a depressão; dietas para aumentar a inteligência, o desempenho sexual e a “boa energia”. A obesidade infantil deve ser evitada pela intervenção das mães, que devem informar-se para educar suas crianças (e o restante da família) a comer corretamente (ISTOÉ 19/01/2005, *Obesidade infantil*). A importância da “reeducação alimentar” em qualquer idade tem papel central nas reportagens (ISTOÉ 17/04/2002, *Vire a mesa: um dribble nas tentações*). Não basta emagrecer, o peso deve ser mantido e os grandes perigos evitados (açúcar, sal e gordura). A linguagem utilizada é bélica (ISTOÉ 30/07/2003, *Guerra à gordura: o mundo diz não às tentações*; VEJA, 19/4/2000, *A guerra das dietas*). É uma luta, um combate, os alimentos prejudiciais são tratados como drogas⁹⁷ que viciam e causam dependência. A escolha por alimentação saudável é colocada como decisão inteligente. Afinal, só os ignorantes não enxergariam os benefícios da conduta alimentar correta e racional.

Para ser magro basta querer (ISTOÉ, 13/01/1999, *Só é magro quem quer*) e ter força de vontade para fechar a boca, acabar com a preguiça e manter uma disciplina de exercícios físicos vigorosos. Manter-se esbelto e não passar a “humilhação de ser gordo” é, enfim, uma questão de autocontrole. Não obstante, os medicamentos para emagrecer sempre podem dar uma ajuda. Em ISTOÉ e ÉPOCA os hábitos são mais valorizados, com ou sem remédios auxiliares (ISTOÉ 06/10/1999, *Dieta nunca mais*). VEJA sai em defesa dos moderadores de

⁹⁵ Note-se que esse conselho é bastante antigo. “Levantar-se da mesa ainda com fome como meio de chegar à conveniente medida no comer e beber” era uma das recomendações de André du Laurens (1597), no livro *Discours de la conservation de la vue, des maladies melancholiques, des catarrhes, & de la vieillesse* (Cf. SILVA, 2004, 2006). O autor já advertia sobre os malefícios dos excessos alimentares para a alma.

⁹⁶ Também em ÉPOCA, 14/01/2004, *Viva leve*: “Tudo isso, contudo, precisa de um acompanhamento especial: a força de vontade. Sem ela, nenhuma fórmula de emagrecimento funciona, por mais mágica que seja”.

⁹⁷ Em título interno de uma reportagem sobre o açúcar, VEJA (23/09/2009, *Açúcar – acharam o culpado*) indagava: “Açúcar é a droga da vez?”.

apetite, apesar de também enfatizar a importância da adoção de condutas racionais na vida cotidiana, assim como as outras revistas. A disposição mental para o emagrecimento e para a mudança dos hábitos é essencial para adquirir uma alma de magro. A dieta só beneficia o corpo se a disciplina alimentar e corporal for mantida com regularidade, transformando-se em hábito duradouro pela imposição da vontade.

Deve-se promover uma mudança na mesa que seja eficiente, mas que atenda a seus prazeres. Também é preciso apagar da mente o pensamento – confortável, é verdade – de que, se o regime está quase sempre fadado ao fracasso, não vale a pena tentar. Outras atitudes são necessárias. Entre elas, colocar metas de pequeno e longo prazos (para não esperar demais e se frustrar depois), iniciar um programa com uma atividade física de que goste, e gradativamente, em casa, trocar as prateleiras de chocolates e salgadinhos por alimentos menos tentadores. (ISTOÉ, 20/04/2005, *10 erros que acabam com qualquer dieta*)

O vegetarianismo passou a ser distintivo e ganhou capa em ÉPOCA (09/06/2006, *Vegetarianismo chique*), embora já fosse noticiado em ISTOÉ na década anterior. A carne vermelha foi condenada por fazer mal à saúde, mas também devido à maior adesão às causas ecológicas e por certa “nobreza de espírito” que renuncia aos alimentos que provocam dor nos outros seres. Na revista, a mensagem ecológica é sutil e aparece nas opiniões de celebridades vegetarianas⁹⁸. Os médicos, por sua vez, não recomendam a exclusão da carne das dietas, mas sim a redução do consumo.

Nos últimos anos, o prazer de comer passou a ser associado à culpa. Não precisa ser assim. Novos estudos mostram as virtudes de dietas simples e saborosas que fazem bem à saúde – e ao planeta. (ÉPOCA, 20/06/2009, *Comer bem para viver melhor*).

Outro ponto a ser destacado é a utilização de um vocabulário religioso para falar da regulação da alimentação e da rotina de exercícios físicos: tentação, calvário, sacrifício, pecado e tabu são palavras encontradas com frequência para descrever a vida magra. Como ilustrava reportagem de ISTOÉ em 10/07/1996 (*A inquisição da balança*): “A gula parece ser o grande pecado deste final de século. O genuflexório foi substituído pela balança e a decantada tabela de calorias tomou o lugar da Bíblia”. Recentemente, de acordo com ÉPOCA, as celebridades aderiram ao “jejum terapêutico”, totalmente secular, embora, evidentemente, sejam métodos emprestados de saberes tradicionais (ÉPOCA, 21/05/2011, *Jejuar está na*

⁹⁸ Em outras reportagens sobre animais de estimação, a preocupação ecológica também se reflete. Interessantes reportagens criticavam os excessos de antropomorfização dos animais e mostravam como o ideal de saúde perfeita chegava também aos animais, para os quais estava se estendendo o vegetarianismo e a malhação. ÉPOCA, 30/01/2004, *Obsessão com saúde chega aos animais domésticos*; malhação animal: *spas* caninos surgem para conter o mal da obesidade, que atinge três em cada dez cachorros; VEJA, 24/11/2004, *Por que amamos os animais*; VEJA, 23/01/2007, *Humanos & cachorros: uma história de amor*; VEJA, 22/07/2009, *Eles venceram* (cães e gatos são tratados como filhos); ÉPOCA, 31/07/2003, *Minha vida de cachorro*; ÉPOCA, 26/03/2011, *O cachorro vegetariano*.

moda, mas faz bem? Condenado pelos médicos e nutricionistas, o jejum tem se tornado popular para limpar o corpo e acalmar a mente).

Sair da dieta hoje é quase como era antigamente quebrar um jejum, traz culpa e vergonha pelo não cumprimento do dever de manter o peso, ou de equilibrar as taxas de açúcar, sal e colesterol. Como assinalado por reportagem de ISTOÉ (27/11/1996, *A nova face da vergonha*), nem todos sentem dessa maneira, depende da relação que a pessoa tenha com a norma e de como interpreta as regras. Porém, é inegável que existe hoje estabelecido um código alimentar normativo que desafia os desejos do estômago com uma forte carga moral negativa que paira sobre os que ousam desobedecer às regras.

A valorização da alimentação saudável e *funcional* teve significativo peso econômico no mercado do bem-estar. Além da industrialização de produtos dietéticos e alimentos integrais ou “naturais”, comercialização de orgânicos, *vegan*, etc., cresceu muito a literatura sobre dietas para emagrecimento e revistas especializadas em divulgação do “poder dos alimentos” para a saúde. O emagrecimento e a contenção da compulsão alimentar pelo viés psicológico também é tema de diversos livros de autoajuda. É de se supor que o consumo de informação sobre dietas seja muito mais frequente do que a adesão efetiva e regular aos hábitos saudáveis (Cf. GOMES, 2008). Curiosamente, a obesidade é uma patologia extremamente combatida que ao mesmo tempo é muito lucrativa⁹⁹ para diferentes ramos comerciais - alimentício, farmacêutico, editorial, etc. – que não sobreviveriam se todos satisfizessem o desejo de ser magro.

O preguiçoso é um fraco: atividades físicas e lazer ativo

A calculabilidade do corpo físico, em termos de informações numéricas (rendimento, capacidade, medidas, etc.), é cada vez mais aparente nas capas entre 1999-2008, tanto com o objetivo de aperfeiçoamento estético das formas corporais, para serem mais belas e harmoniosas, como para a maximização do desempenho. O aprimoramento do corpo não é novidade, como observou Rose (2013); a diferença é que agora são os consumidores que escolhem as transformações, com base em seus desejos, em parte mobilizados pela cultura de consumo, que apresenta as tecnologias de intervenção corporal como eficientes e seguras. “O corpo artificialmente incrementado já não é um ciborgue (...) as novas tecnologias de

⁹⁹ ISTOÉ, 10/09/2003, *Escolha sua dieta*. “O gordo mercado das dietas: dispostos a perder peso a qualquer custo, milhares de brasileiros seguem as orientações de literatura de dietas”.

incrementação molecular não tentam hibridizar o corpo com equipamento mecânico, mas transformá-lo no nível orgânico, remodelar a vitalidade a partir de dentro”, apontava Rose (2013, p. 37).

Em ISTOÉ (12/01/2000, *O corpo do futuro: sutil perfeição*), traçava-se o corpo ideal:

altos, esguios, com pouca gordura, mas sem músculos aparentes ou nada que faça lembrar uma aparência biónica. Os contornos serão sutis. Por isso, o corpo do futuro será bonito, durinho, mas o mais parecido possível com os contornos que a natureza garante. As formas também serão perfeitas. Não haverá espaço para flacidez ou gordura em excesso. Seremos todos mais bonitos. Quem sabe como os atores Maria Fernanda ou Thiago Lacerda, modelos de hoje e de como será a beleza do futuro (...) Uma feliz combinação de fatores resultará nessa perfeição. O que a genética não der conta, será resolvido com alimentação correta, malhação na medida certa, cirurgias mais eficazes e muita tecnologia. (...) Os exercícios serão mais monitorados, com a ajuda de aparelhos que disponham de sofisticados sistemas de controle de frequência cardíaca, intensidade e regularidade dos exercícios, entre outras informações. (...) Ao mesmo tempo em que a tecnologia invadirá o *fitness*, haverá o resgate de aulas nas quais se malharão mente e espírito. Aulas de ioga, *tai chi chuan* e modalidades semelhantes terão mais espaço nas academias. A ideia é garantir, mais do que tudo, saúde e bem-estar. (...) A combinação entre alta tecnologia e uma filosofia de malhação mais zen será decisiva na formação de um corpo mais harmonioso. Enquanto os aparelhos ajudarão a definir os músculos, mas sem exagero, as aulas zen contribuirão para dar mais elasticidade e estimular uma relação melhor com o próprio corpo. Muito diferente dos excessos que permearam a malhação até agora. (...) O resultado dessas mudanças será evidente: o corpo ganhará a liberdade de ser o que é, mas muito mais aprimorado.

Como explica ISTOÉ (29/01/2003 *Malhação e alegria*), o *wellness* (bem-estar) é a nova tendência de exercícios suaves (alongamento, exercícios respiratórios e relaxamento) que vem substituir o *fitness* (boa forma): “Ou seja, a troca do sacrifício em nome da silhueta fina por atividades que deixam as curvas no lugar, é claro, mas também dão prazer”. A disciplina corporal deve ter um lado lúdico e de entretenimento para que seja duradoura. Os aspectos psicológicos da motivação para a disciplina são enfatizados, cuidar do corpo é gostar de si mesmo:

Qualquer que seja a opção de atividade física, o fundamental é gostar de si. Quem não está com o lado emocional em equilíbrio pode ter dificuldade de começar a se exercitar. Harmonizar esse aspecto, portanto, é necessário. Se o problema é falta de pique, às vezes juntar um grupo de amigos para correr num parque é o suficiente. Por outro lado, ficar treinando e treinando sem se sentir satisfeito também não ajuda (ISTOÉ, 29/01/2003 *Malhação e alegria*).

Além da boa forma, entre outros benefícios das atividades físicas estão o sono mais tranquilo, a disposição física, a diminuição do estresse. Os exercícios fazem bem para os neurônios, estimulam a inteligência, melhoram a memória e as capacidades do cérebro. Por último, a recompensa principal é a autoestima. Quem se exercita passa a gostar mais de si porque fica mais belo e porque pode sentir-se mais forte ao superar o obstáculo da preguiça

que impedia a sistematização dos hábitos. É “um santo remédio” para o corpo e a para a alma.

VEJA (*Especial Saúde*, 30/10/2002) ressaltava que as atividades físicas são indispensáveis para a boa saúde e para a manutenção da vida longa. A idade faz com que o metabolismo e o ritmo respiratório fiquem mais lentos; o acúmulo de gordura fica mais fácil e a massa muscular diminui. Os melhores exercícios para manter a juventude são atividades aeróbicas, exercícios de força para recuperar o tônus muscular, alongamentos, e esportes para manter vigor muscular. Nas palavras de VEJA, “a prática regular de exercícios físicos é uma espécie de elixir. Ela nos faz viver por mais tempo e com mais disposição”. Por isso, “não dá para não fazer” ginástica: o sedentarismo é uma das principais causas de doenças. Exorta-se a largar a preguiça para viver mais: “ainda falta ânimo para começar a malhar? Aí vai uma sugestão: encare a prática regular de exercícios físicos como quem poupa dinheiro para uma aposentadoria tranquila. Pessoas que se exercitam vivem mais e melhor”. Fica claro o aspecto de investimento no chamado capital humano¹⁰⁰ atribuído à modelação corporal, ao mesmo tempo que é uma forma de manutenção da máquina biológica para evitar a obsolescência.

Segundo pesquisas americanas, cada hora dedicada à atividade física rende duas horas a mais de vida. “Vale a pena levantar-se do sofá, espantar a preguiça e começar a se mexer, não vale?”.

O que se recomenda atualmente, em nome da boa saúde, é uma rotina de exercícios físicos que agregue atividades aeróbicas, musculação e alongamento. Essa é a forma mais indicada de melhorar e manter o fôlego, a força, a flexibilidade e a coordenação motora. À medida que o tempo passa, a importância disso tudo vai saltando mais e mais aos olhos. São essas características que permitem que uma pessoa de idade conserve a sua independência na execução de atividades corriqueiras. O jovem malhador de hoje, enfim, é o senhor sacudido de amanhã. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

Entre as modalidades de atividades físicas mais recomendadas atualmente está a ioga, por suas virtudes para a saúde do corpo e da mente. A proliferação de técnicas indianas inicialmente religiosas para contextos seculares acabou constituindo um mercado específico de produtos e serviços, cujos principais consumidores são as camadas médias e altas, mas cujos apelos, a partir da última década do século XX, vêm também atingindo camadas mais populares, principalmente devido à divulgação na mídia. A ioga alcançou grande popularidade no meio ocidental, passando a receber mais publicidade na década de 1990, por causa da prática da cantora Madonna, e tornando-se moda nas academias, a partir de então. A primeira capa sobre ioga foi da revista VEJA (19/11/2003, *Ioga: o exercício que traz força, flexibilidade e bem-estar*). O título da reportagem no interior da revista é: “todo mundo quer

¹⁰⁰ Esse conceito, que aparece literalmente em algumas reportagens, será abordado no último capítulo, conforme a problematização foucaultiana de maximização das potencialidades vitais.

fazer”. As imagens, assim como nas outras revistas, mostram posições de equilíbrio complexas, que ilustram as mensagens textuais de que ioga agora é “ginástica puxada”, “capaz de modelar corpos fabulosos”, que faz sucesso entre celebridades e junto ao público das academias. Afirmar-se, principalmente, o aperfeiçoamento estético proporcionado pela prática. O que é buscado na ioga é um novo e belo corpo, embora isso não possa ser conseguido sem a complementação de exercícios mais vigorosos, apontava a notícia. Em torno de 64% das academias do mundo ofereciam ioga, em 2003. Nos EUA, onde 15 milhões de pessoas a praticavam, ela comparecia em 86% das academias:

(...) adultos jovens ou já entrados na maturidade, cheios de dinheiro para gastar, especialmente com produtos e serviços que prometam bem-estar. Por causa deles, gigantes como Nike e Adidas desenvolveram linhas específicas para praticantes de ioga. (...) existe hoje um quadro inimaginável há quarenta anos: ioga e orientalismos afins, que nos tempos dos hippies e da contracultura faziam parte do arsenal de resistência aos valores da então execrada sociedade de consumo, tornaram-se atividades das mais lucrativas, administradas com técnicas empresariais modernas (VEJA, 19/11/2003, *Ioga: o exercício que traz força, flexibilidade e bem-estar*)

Conforme ISTOÉ (*Irresistível*, 21/01/2004), o sucesso da ioga deve-se principalmente aos benefícios antiestresse, pois cada vez mais é buscado “um ponto de equilíbrio entre saúde, beleza e emoções”. A ioga teria como meta “chegar a um estado de consciência elevado”, que proporciona, “de fato, uma imensa sensação de bem-estar, hoje um dos objetivos mais perseguidos pela humanidade”. Mas a ioga também funcionaria, de acordo com a reportagem, como uma poderosa malhação, com efeitos hormonais que outros alongamentos não podem provocar, além de produzir uma consciência corporal mais apurada que as atividades físicas convencionais. A ioga seria, assim, “a melhor alternativa para encontrar um pouco mais de harmonia e – por que não? – ficar com o corpo em forma” (ISTOÉ, *Irresistível*, 21/01/2004).

Tanto quanto as características apontadas no esporte por Ehrenberg (2010a), a ioga define uma imagem de indivíduo a-histórico, sem raízes sociais, independente da sociedade e que pode empreender sozinho a construção de sua personalidade e de uma vida de sucesso. Quando inserida no âmbito competitivo das academias, tal qual o esporte, a ioga é portadora simbólica de uma espécie de mitologia da autorrealização pelo desempenho, pelo autodomínio e pelo desenvolvimento de autonomia, que a ocidentalização dos seus preceitos ajuda a reforçar. Na ioga, como no esporte, o corpo é inacabado, em permanente construção, sempre ampliando seus limites de equilíbrio e força. A diferença é que a corporeidade da ioga envolve a mente, tornando-se uma forte metáfora do indivíduo ideal requerido pela nova organização econômica, isto é, aquele que busca incessantemente o desenvolvimento ilimitado de seus potenciais. Como ilustra a frase do ator Rodrigo Santoro sobre a ioga, em

ISTOÉ (21/01/2004): “Cada movimento é um desafio. Filosoficamente, é uma metáfora para a vida”.

Ultimamente, a ioga chamou a atenção das mídias devido às recentes pesquisas que comprovam cientificamente seus efeitos benéficos para o organismo. Nessa nova fase, seus benefícios fisiológicos foram alardeados como panaceia para diversos males: eliminação de dores, controle emocional de distúrbios psicossomáticos (estresse, ansiedade, depressão, fobias), aumento da capacidade respiratória, desenvolvimento de concentração, melhoramento das habilidades cognitivas, estímulo ao sistema imunológico. Com relação à saúde, segundo a reportagem da revista VEJA (19/11/2003, *Ioga: o exercício que traz força, flexibilidade e bem-estar*), as vantagens da ioga seriam visíveis e evidentes: proporciona força, flexibilidade, equilíbrio e melhor condicionamento cardiovascular; poderia, sobretudo, auxiliar no combate ao estresse, por proporcionar calma e relaxamento. Entretanto, benefícios relatados por médicos americanos são tratados com prudência, tais como melhoramento da “circulação cardiovascular, queda da pressão arterial e reversão do espessamento das artérias, pois não existem estudos em quantidade suficiente para corroborar essas impressões”.

A revista ÉPOCA, por sua vez, em capa de 08/07/2006 (*Ioga & medicina*), enfatizava os usos medicinais da ioga, “poderoso auxiliar no tratamento de doenças, com eficácia comprovada por vários estudos acadêmicos” (515 estudos sobre ioga nos últimos cinco anos) para: hipertensão, diabetes, depressão, asma, artrite, irritações no intestino, alcoolismo. Também reduziria as taxas de colesterol e triglicérides. Além disso, o relaxamento ativaria o sistema parassimpático, “que controla a regeneração do organismo, dando início ao processo de cura”. Um especialista da UNIFESP, ao mesmo tempo que dizia serem muito pequenas as amostras das pesquisas, o que pode comprometer o seu resultado, também afirmava que: “apesar disso, já se constatou que os índices de glicemia melhoram imediatamente após uma sessão de ioga e que a prática tem efeitos positivos em diversos transtornos ligados à ansiedade”.

Também uma capa de ISTOÉ (08/06/2011, *As novas aplicações da ioga*), cujo título interno era “todo o poder da ioga”, aclamava a eficácia da prática, hoje encontrada em hospitais de excelência, para tratamento de “câncer, obesidade, dor crônica e doenças cardíacas, respiratórias e psiquiátricas”. A reportagem expõe inúmeros ganhos psíquicos e orgânicos oferecidos pela ioga, com explicações fisiológicas e opiniões de especialistas. Ao mesmo tempo que são destacadas as explicações científicas, curiosamente, nessa reportagem é acentuada a tematização da espiritualidade como fator de incremento à saúde. A ioga seria

uma *filosofia de vida* que faz com que as pessoas deem “mais foco à espiritualidade, na conexão consigo mesmas e com as outras pessoas”, nas palavras de um dos pesquisadores entrevistados, o que tornaria menos difícil enfrentar o adoecimento. O aperfeiçoamento da própria personalidade é valorizado a partir de uma perspectiva psicológica ou terapêutica, no sentido promotor de cura do corpo e da alma. Os resultados positivos constatados pela ciência adviriam da integração corpo-mente, pois a ioga seria especialmente eficaz em doenças de origem emocional.

Em outra reportagem da revista *ÉPOCA*, em 28/01/2011 (*Nem malhação, nem religião*), o autoaperfeiçoamento corporal e emocional é ressaltado na autopercepção, decifração de estados emocionais, aumento da concentração e calma proporcionados pelas posturas de ioga e pelo controle da respiração: “as pessoas aprendem a prestar atenção nelas mesmas”. “Eu entro na aula Bin Laden e saio Dalai-Lama”, diz uma enfermeira entrevistada. A revista insiste nos efeitos neurológicos da ioga:

Nos últimos dez anos, no embalo de estudos científicos que mostram os efeitos da ioga sobre o cérebro e o organismo, a prática se tornou menos do que uma filosofia e mais do que uma atividade física. (...) A ciência começa a explicar por que praticantes de ioga narram sensações de conforto físico e mental. Os pesquisadores submeteram adeptos a exames que medem a atividade elétrica do cérebro e descobriram que a calma e a clareza de ideias relatadas pelos alunos se devem aos efeitos da ioga sobre a atividade dos neurônios. Ao centrar a atenção em nossa respiração e nos mantras, mandamos para o cérebro a mensagem de que ele pode desacelerar. Com isso, aumentam as ondas cerebrais do tipo alfa, associadas ao estado de atenção relaxada. É o suficiente para manter nosso raciocínio afiado, mas sem aumentar a ansiedade. (*ÉPOCA*, 30/01/2011, *Nem malhação, nem religião*).

A atividade incessante, estar sempre produzindo, ainda que seja produção de bem-estar para melhoria do corpo e da saúde, é uma característica do lazer ativo e do envelhecimento ativo que lembram o puritanismo na sua cruzada contra a preguiça. Como sugeriu Courtine (1995), a nova obsessão com os exercícios físicos e com a modelagem do corpo é herança do “puritanismo ostentatório” do século XIX, como será exposto no terceiro capítulo. Novamente, como naquele tempo, o corpo “trabalhado” revela virtudes de disciplina e força de vontade, os músculos valorizam a pessoa e comprovam um investimento do indivíduo em si mesmo. As atividades físicas são símbolos do trabalho sobre si e estão perfeitamente afinadas com o culto do desempenho (Cf. EHRENBERG, 2010a) nos ambientes corporativos, desde os anos 1980, quando invadiram a cultura mais ampla, delineando um ideal corporal de indivíduo que luta por seus objetivos. A combinação entre construção corporal e desafio de mudança de personalidade, no sentido de vencer seus próprios limites e dificuldades e se transformar em alguém de sucesso, é um valor que as revistas transmitem em suas reportagens, direta ou indiretamente.

Três meses de ginástica são suficientes para melhorar o corpo, mas todo resultado é praticamente perdido quando se deixam a dieta e a malhação de lado. (...) Para seguir adiante, é preciso que você encare os exercícios não apenas como obrigação. Eles devem ser divertimento. Está certo que é difícil encarar uma esteira como uma opção de lazer. Mas, se você competir consigo mesmo na ginástica, tudo fica mais fácil. Crie objetivos a serem superados. E não fique com vergonha de avaliar os resultados no espelho. É o tipo de narcisismo estimulante. (VEJA, 24/10/2001, *A ciência da boa forma*).

Só é feio quem quer: beleza estética e autoestima

As cirurgias plásticas, novos tratamentos e novos cosméticos para rejuvenescimento ganharam considerável número de capas no período 1999-2008. No início, ainda havia necessidade de legitimação das intervenções radicais por motivo fútil de beleza (ÉPOCA, 22/2/1999, *Cirurgia plástica: vaidade não é pecado*). Porém, rapidamente, a procura aumentou de tal maneira que era necessário reformular a mensagem para moderar os exageros (ÉPOCA, 21/10/2004, *Limites da Vaidade*; VEJA, 06/03/2002, *Os exageros da plástica*). Assim como aconteceu com as dietas, quando ocorreu a morte de uma modelo por anorexia, o ideal de magreza começou a ser redimensionado¹⁰¹. A partir daí, ser gordo não era necessariamente ser feio, desde que uma aparência bela fosse produzida devidamente e, claro, as taxas de colesterol e a curva glicêmica indicassem sinais de normalidade em saúde.

Com tanta tecnologia estética à disposição, os cuidados com a beleza e a manutenção da juventude, entre 1999 e 2008, passaram a ser considerados quase como deveres. Qualquer pessoa poderia ser bem cuidada e ficar bonita, mesmo que a natureza não a tenha favorecido. O investimento financeiro necessário para a beleza, entretanto, não é pequeno.

Helena Rubinstein costumava dizer: “Toda mulher pode ser bonita. Bastam quinze minutos por dia e 5 dólares ao ano em creme facial”. A máxima vale hoje mais do que nunca – desde que a cifra seja atualizada. Um potinho de creme pode custar de 20 reais a (pasmê) quase 3000 reais. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

Mesmo assim, é quase um insulto social deixar de corrigir as imperfeições e as marcas da idade como calvície, rugas, manchas, flacidez, dentes tortos ou amarelados, celulite. “O corpo bonito vem a ser tomado como um signo de prudência em assuntos de saúde”¹⁰² (FEATHERSTONE, 1991, p. 183). Já não existe lugar para o prosaico, como observou Featherstone (1991, p. 174); tudo deve ser calculado para ser melhor. Os aconselhamentos das mídias e a publicidade persuadem o indivíduo para o aperfeiçoamento da própria aparência

¹⁰¹ ÉPOCA, 28/8/2006, *Por que elas querem ser tão magras*; ÉPOCA, 18/11/2006, *Por dentro da mente de uma anoréxica*; ISTOÉ, 14/8/2006, *As doenças da vaidade*; ISTOÉ, 22/11/2006, *Moda, glamour e morte*; ISTOÉ, 16/1/2008, *Vaidade em excesso*; VEJA, 22/11/2006, *A magreza que mata: a morte de uma modelo por anorexia faz soar o alarme*; VEJA, 06/02/2008, *Assim é demais: como o exagero nos exercícios pode fazer mal à saúde*.

¹⁰² No original: “the body beautiful comes to be taken as a sign of prudence and prescience in health matters”.

utilizando as noções de deterioração e envelhecimento como traição da corporeidade. Os sinais de decadência corporal são interpretados como signos de “relaxamento moral” (Cf. FEATHERSTONE, 1991, p. 178), pois poderiam ser combatidos pela disciplina vigorosa por parte do indivíduo, com auxílio das tecnologias cosméticas. A “ciência evolui” para auxiliar no autoaperfeiçoamento da aparência. O corpo é um rascunho que pode ser retificado (Cf. LE BRETON, 2008, p. 22); quase tudo pode ser modificado no corpo.

O indivíduo contemporâneo é convidado a esculpir o corpo, melhorar sua aparência, disfarçar o envelhecimento e manter o potencial de saúde (Cf. LE BRETON, 2008, p. 30). O corpo é a “apresentação de si”, é o meio pelo qual sua identidade será avaliada socialmente. Além disso, a disposição e o otimismo compõem o bom visual.

Tão importante quanto seguir as recomendações dos médicos é cultivar, na medida do possível, uma atitude positiva, o bom humor, a felicidade. Quem consegue aliar essas coisas no cotidiano tem a recompensa refletida no espelho. A pele fica mais viçosa, o corpo mais alinhado. Dá até para pensar em esticar a juventude, aquele efeito buscado principalmente pelos artistas e desprezado apenas pelos mal-humorados que acham que aparência não tem nada a ver com essência. Para permanecer jovem por anos a fio, a maioria das estrelas do *showbiz* e adjacências tem a seu favor a genética – além, é claro, de um saldo bancário que lhe permite viver de forma mais saudável que os mortais comuns e usar todo o arsenal existente no campo da cosmética e da cirurgia plástica. Mas, ainda que você não conte com tanto dinheiro assim, ou com genes tão privilegiados, a verdade é que hoje existem à sua disposição vários recursos que ajudam a segurar a ação do tempo (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

A cultura de consumo encoraja a adoção de “estratégias instrumentais para combater a deterioração e a decadência” pela divulgação de corpo como “veículo de prazer e autoexpressão” (Cf. FEATHERSTONE, 1991, p. 170). As imagens exibidas nas revistas são sempre de corpos bonitos e sensuais, fonte de prazer para os possuidores, que provocam comparação do leitor consigo próprio. O estímulo ao hedonismo e ao narcisismo, ao prazer conseguido pela exibição do corpo belo, aumenta a importância da aparência e ressalta os benefícios dos cosméticos e da manutenção corporal. As dietas, os exercícios e outros hábitos saudáveis não apenas são vistos como fontes de energia e vitalidade, mas acrescentam valor à pessoa. São investimentos em tempo e dinheiro, cujos resultados são estampados na beleza associada ao visual saudável. A vida com bem-estar é mais valiosa que outras vidas, apontava Featherstone (1991, p. 183), a respeito da Europa e EUA, pois representa um investimento, em termos de trabalho sobre si.

Na atualidade, a aparência de autocuidado é tão importante quanto a prática de autocuidado, porque se cuidar é se gostar, é se importar consigo. Em outras palavras: a aparência bem cuidada denota autoestima, que, hoje em dia, chega a ser mais importante que honestidade. Quem não tem autoestima não é confiável, o relaxamento com a aparência é

considerado sinal de relaxamento com a própria vida, um imperdoável defeito. Esse sentimento adquiriu importância na constituição das individualidades e na saúde mental do século XXI; a necessidade de amar-se é o “primeiro mandamento” da vida saudável.

De acordo com ISTOÉ (09/09/2009, *Olhe-se no espelho e descubra como melhorar a autoestima*), entre 1994 e 2009 a procura por cursos e terapias para melhorar a própria imagem cresceu 20% no Brasil. Pesquisa demonstrou que falta autoconfiança em 50% da população brasileira. Para a revista, autoestima é vital e “todos podem chegar lá”, basta dedicação. A falta de autoestima é considerada uma questão de saúde mental porque pode resultar em distúrbios graves. Gostar de si mesmo, “estimar-se”, “não tem nada a ver com arrogância, como se acreditava há 15 anos”, assegura a revista. É uma questão de autoanálise positiva, de reconhecer as próprias qualidades e potencialidades. “Hoje, aprender a dizer ‘eu me amo’ é compreendido como uma atitude saudável e indispensável para se sentir pleno (...) Enaltecer em excesso a humildade e tachar pessoas seguras de metidas está em desuso”, ensinava ISTOÉ (09/09/2009). Inclusive, afirmava a revista, “pessoas com baixa autoestima estão mais sujeitas a ter depressão”, o que reitera a característica de risco para as pessoas que não se amam.

Há empresas que já entenderam a importância de reforçar a confiança dos funcionários. Perceberam que o assédio moral - quando há ameaças e humilhações - só resulta em queda de rendimento e pessoas infelizes. Uma equipe em equilíbrio gera melhores resultados, é comprometida e responsável. “As novas gerações não querem o stress que consumiu seus pais. Ou as empresas mudam, ou não conseguirão recrutar os bons profissionais”, afirma o *headhunter* de Recursos Humanos. Um ambiente sadio, motivador e flexível, que permita ao funcionário se sentir especial, provocará uma revolução no mundo corporativo (ISTOÉ, 09/09/2009, *Olhe-se no espelho e descubra como melhorar a autoestima*.).

Os três principais conselhos dos manuais de autoajuda resumem-se ao desenvolvimento da autoestima: ame-se, confie em suas capacidades, acredite em si mesmo, destaca VEJA (04/07/2007, *Eu me amo: o poder da autoestima*). A psicologia reforça a ideia de necessidade de autoestima para enfrentar os desafios contemporâneos - isso seria mesmo “vital”, nas palavras de VEJA e ISTOÉ, para “famílias, grupos, empresas, equipes esportivas e países”. Pesquisa americana com cerca de 250 jovens estudantes confirmava que aqueles com mais autoestima adaptam melhor seus valores à sociedade.

O primeiro passo para melhorar a autoestima, segundo médicos e psicólogos, é identificar os comportamentos e as crenças negativas que foram construídos durante a vida. Coisas como acreditar-se incapaz de realizar grandes projetos, de conseguir um bom marido ou uma boa esposa e achar que subir na carreira e ganhar mais dinheiro é privilégio apenas das outras pessoas. A partir daí, é preciso questionar essas crenças. As que não contribuírem para uma vida harmoniosa devem ser limadas do comportamento do dia-a-dia. Segundo os psicólogos, são os pensamentos e as atitudes próprios - e não os eventos externos - que moldam os sentimentos. Assim, se um indivíduo tem uma visão distorcida e negativa de si mesmo, terá

autoestima baixa. Ter baixa autoestima não significa, necessariamente, ter depressão, mas uma coisa pode levar a outra. (VEJA, 04/07/2007, *Eu me amo: o poder da autoestima*).

ISTOÉ, pedagogicamente, mostrava quais sinais caracterizam a falta de autoestima, de forma que o leitor pudesse sempre aparentar autoconfiança:

(...) Não gostar de si pode virar algo insuportável, e é característico da baixa autoestima. Um sinal de que o problema existe na nossa sociedade é o fato de boa parte das pessoas se sentir impedida de dizer apenas “obrigado” quando recebe um elogio ou um presente. Agradecer acompanhado de um “não precisava” ou “ah, essa blusa é velhinha” também é sinal de autoestima em desequilíbrio. (ISTOÉ, 09/09/2009, *Olhe-se no espelho...*).

Dentro desse espírito de sinalização de personalidade “de bem consigo própria”, que reconhece seu próprio valor, o cuidado com a aparência corporal adquire cada vez maior importância social. A perspectiva da autoestima associada ao autocuidado possibilita a aproximação entre beleza e saúde. A busca de embelezamento deixa de ser considerada vaidade narcísica para ser inserida na ordem do bem-estar psíquico.

A moderna psicologia não aceita mais a ideia de que alguém possa ter autoestima em excesso. Seria como ter saúde em excesso. Os complexos de superioridade e a arrogância pertencem à outra natureza. Uma pessoa com autoestima elevada acredita que tem o controle da própria vida, sente-se confiante em lidar com os contratemplos e almeja alcançar o sucesso na vida pessoal e profissional. Simples. (VEJA, 04/07/2007, *Eu me amo: o poder da autoestima*).

Faça sexo, é bom para a saúde

Em 1998, ISTOÉ inaugurava a educação sexual nas capas de revistas semanais como fator promotor de vigor e saúde (14/10/1998, *Sexo faz bem à saúde: novas pesquisas mostram que o prazer na cama previne infarto, depressão*). A moral sexual sofreu total reversão em relação à regulação dos desejos, proposta antigamente. As regras de saúde e vida longa de hoje incluem o exercício sexual ativo e a satisfação sexual como condição essencial para a manutenção da vitalidade, inclusive na velhice. Aliás, o prazer, de modo geral, seria o elixir da vida longa, não importa de onde seja extraído. O prazer sexual não é reprimido, é estimulado como fonte de saúde, desde que controlado dentro das regras de normalidade. Mas nem toda atividade sexual é recomendada; há certo estímulo ao sexo monogâmico, de menor risco. Ao contrário dos antigos manuais dietéticos, chama a atenção a importância conferida ao estímulo do desejo sexual na manutenção do casamento contemporâneo (ÉPOCA, 17/04/2010, *Como salvar seu casamento*). A concepção de casamento delineada pelas revistas é de uma sociedade empresarial entre duas pessoas livres¹⁰³, da qual os filhos podem ser um

¹⁰³ Casar é uma atitude recomendada para a boa saúde, segundo VEJA (25/08/2010, *Casar faz bem*): “Casamento hoje é genuinamente um pacto de compromisso entre iguais. E, quando os parceiros estão em comum acordo, o

empreendimento de investimento comum, porém sustentado pelo desejo: sem desejo o casamento morre. Assim, psicólogos, psiquiatras e estudiosos afins explicam e aconselham o que se pode fazer no dia a dia para combater o tédio sexual e o fantasma da separação. Curiosamente, a defesa do casamento se faz pelo argumento sanitário; a diminuição do sentimento de solidão melhoraria a saúde¹⁰⁴.

A atividade sexual frequente é praticamente cobrada pelas revistas, tanto quanto os hábitos alimentares, os exercícios físicos e o controle emocional. A sexualidade ativa enquadrada no âmbito dos hábitos de saúde é completamente racionalizada. O sexo deixou de ser pecado para ser instrumentalizado como ação terapêutica produtora de sensações de bem-estar. A extrema ênfase na vida sexual como fator de saúde pode ser ilustrada pela declaração do então ministro da saúde, José Gomes Temporão, que recomendava contra a hipertensão, em 2010: “Faça sexo!”. A declaração pública do Ministro apenas seguiu as diretrizes da OMS (2002b), que incluem o sexo na categoria saúde mental, como um dos pilares da vida saudável (além da alimentação, exercícios físicos, combate ao estresse e vícios, exames diagnósticos).

Pesquisas científicas, embora incompletas, e observações de médicos sugerem que o sexo afeta de forma positiva uma enorme variedade de funções orgânicas. É sabido que a atividade sexual provoca uma cascata hormonal que repercute em várias áreas do corpo. Por isso, estaria relacionada a benefícios tão distintos quanto a melhoria da pele, o combate ao estresse e a redução da sensibilidade à dor. Há estudos que relacionam a maior frequência sexual à redução de infartos, à diminuição de derrames e à menor incidência de câncer de próstata. Estimulado pelo sexo, diz uma pesquisa, o sistema imune funciona melhor e protege de forma mais eficiente contra resfriados. Há indícios de que mesmo a cicatrização é mais rápida para quem pratica sexo regularmente e que as pessoas tendem a viver mais se tiverem uma vida sexual ativa. Já se identificaram vínculos até mesmo entre o contato com o sêmen e a diminuição dos casos de depressão entre as mulheres. Como o sexo ainda é um aspecto da vida humana cercado de preconceitos e tabus, essas descobertas são muitas vezes encaradas como piada – ainda que confirmem percepções oferecidas pela vida privada e pela tradição. (ÉPOCA, 01/05/2010, *O Ministério da Saúde recomenda: Faça sexo*).

No *Especial Saúde* de 2002, VEJA dava uma aula sexual para a meia idade e ensinava detalhes sobre o funcionamento biológico do desejo, na intenção de auxiliar a recuperá-lo. Apesar da intensa liberação sexual das últimas décadas, algumas reportagens das revistas apontavam para a falta de libido como um grande problema de saúde, sobretudo entre as mulheres¹⁰⁵, que se tornava cada vez mais comum com o envelhecimento e deveria ser sanado para a boa saúde.

casamento pode oferecer mais satisfação – mais saúde e paixão – do que a vida em voo solo”.

¹⁰⁴ Estatísticas canadenses citadas estimavam que homens casados vivem 7 anos a mais, em média que os solteiros; quanto às mulheres, vivem 3 anos a mais. Essas pesquisas concluíram que “um bom casamento diminui riscos de câncer, artrite, ataques cardíacos e demência”. (VEJA (25/08/2010, *Casar faz bem*))

¹⁰⁵ Uma em cada quatro mulheres brasileiras não atingia orgasmo em 2004 e 48% dos homens tinham disfunções sexuais (ÉPOCA, 02/12/2004, *O segredo do orgasmo*).

O sexo frequente, seguro e prazeroso faz um bem danado à saúde. Protege o coração, emagrece, eleva a autoestima, melhora o humor e até remoça. Ele é tão importante que serve como um dos parâmetros da Organização Mundial de Saúde para determinar a qualidade de vida das pessoas. Mas, com as transformações por que passa o organismo no decorrer dos anos, não é fácil manter a libido a mil.

(...) A boa notícia: é possível retardar essas transformações e recuperar o fôlego e o entusiasmo na cama (e no sofá, e no carro, e na escada, e no elevador). O mais importante é combinar uma alimentação equilibrada com a prática regular de exercícios físicos. Para os homens, essa é uma das principais armas contra os maiores inimigos das ereções potentes, o colesterol alto e a hipertensão. Para as mulheres, dieta saudável e exercício frequente funcionam como uma espécie de injeção de ânimo para o sexo. Especialmente porque ajudam a manter a forma e, conseqüentemente, a autoestima. De cada dez brasileiras, sete reclamam da falta de libido. O principal motivo? Insatisfação com o próprio corpo. Abster-se do excesso de álcool também dá uma força ao desejo sexual. Por último, mas não menos importante, é fundamental controlar a ansiedade na hora H. O melhor sexo é aquele que se faz sem aflições. Expectativas exageradas com a própria performance, por exemplo, contaminam a relação e podem gerar um círculo vicioso. (...) Ainda que os hábitos saudáveis não consigam manter o sexo satisfatório, a medicina pode dar uma mãozinha [os medicamentos]. (...) A falta de desejo, tanto para homens como para mulheres, continua a ser um desafio para a medicina. A única fórmula eficaz é aquela que muitos casais ouvem dos terapeutas e sexólogos: feito com prazer, frequência e cumplicidade, o sexo dá vontade de fazer mais sexo. Nos enredos mais felizes, com o mesmo parceiro. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

Em 2004, ÉPOCA (02/12/2004, *O segredo do orgasmo*) comentava a possibilidade de uma nova pílula para provocar o orgasmo feminino, ao mesmo tempo que oferecia instruções metodológicas para chegar lá (“não pressione o parceiro, experimente e caia nas brincadeiras do amor; relaxe e goze”). Os detalhes de funcionamento biológico do corpo e do cérebro na hora do orgasmo (quais órgãos e substâncias envolvidos) também não poderiam faltar na reportagem.

O cérebro é o órgão de prazer mais poderoso. Isso é percebido por qualquer um que, ao menos uma vez na vida, já ficou com o coração saltando pela boca só de pensar na pessoa amada. Conhecer as estruturas cerebrais que participam disso e elucidar suas funções é fundamental para o desenvolvimento de terapias e medicamentos para melhorar a qualidade da vida sexual e tratar transtornos psiquiátricos ligados ao sexo, como a pedofilia. Nesse contexto, as pesquisas europeias representam a luz contra as trevas. “Estudos sobre orgasmo financiados com dinheiro público, como os nossos, seriam inimagináveis nos Estados Unidos, onde a influência dos conservadores é fortíssima”, diz pesquisador (ÉPOCA, 02/12/2004, *O segredo do orgasmo*).

Certamente, sexo em capa de revistas é um assunto que vende, por isso recebe tanto destaque, mas o modo de problematização do sexo que perpassa a saúde é sintomático da importância que esta adquiriu como orientadora das condutas mais íntimas no presente. Os aconselhamentos afetivos geralmente apresentam como argumento e objetivo final o benefício em termos de saúde em terrenos a princípio nada relacionados com esse tema: casar faz bem; sexo faz bem; possuir animais domésticos faz bem; fazer o bem faz bem; espiritualidade e fé fazem bem. Na citação abaixo, percebe-se claramente a inversão dos valores éticos: a

motivação oferecida para o engajamento em causas sociais é o benefício para combater o estresse e promover a saúde individual, que é um fim em si mesmo, não um meio de estar bem para conviver coletivamente.

Os cientistas avaliam também se a generosidade é capaz de produzir bem-estar. Os pesquisadores acreditam que esse bem-estar seja explicado pela evolução da espécie humana. A cooperação entre pessoas e grupos teria se mostrado uma vantagem evolutiva: indivíduos que cooperavam entre si tinham mais chances de vencer adversidades e sobreviver. Por isso, nosso cérebro pode ter desenvolvido um mecanismo para estimular as pessoas a se relacionar: o bem-estar. É por isso que o convívio social e o engajamento em causas sociais combatem o estresse. (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*).

Viva mais e melhor: ativo até os 100 anos

De acordo com VEJA, longevidade é uma conquista da civilização, que “vale ainda mais quando se mantém ao máximo o espírito – e a aparência – da juventude” (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*). Essa evolução civilizacional é conseguida principalmente pela mudança de hábitos cotidianos (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

A perspectiva de uma vida longa é uma conquista e tanto da civilização, mas existe uma contrapartida: exige que se tomem cuidados com problemas que, na maioria das vezes, estão relacionados ao desgaste causado pela passagem do tempo. É o caso do diabetes, das disfunções cardíacas, de determinados tipos de câncer e do mal de Alzheimer, entre outras doenças. Para evitá-los, é fundamental manter desde cedo um estilo de vida saudável: comer com parcimônia os alimentos certos, dormir bem, fazer ginástica. Já está provado que tudo isso ajuda a viver mais (mesmo que, de vez em quando, você caia na tentação de uma feijoada, mate a sessão de aeróbica e tome um chopinho com os amigos). (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

VEJA, assim como as outras revistas, garante que “grande parte das doenças associadas à idade pode ser evitada ou tem cura”; mesmo para as que “desafiam a ciência, há paliativos”. A racionalização prática do corpo e da mente, organizando e planejando as ações e os hábitos cotidianos visando a saúde física e mental, pode amenizar a passagem do tempo pela prevenção (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*). Ser mais jovem e mais saudável por tempo mais longo “só depende de você”. O estilo de vida é mais importante que a constituição genética para a longevidade após 65 anos.

O aumento da longevidade impõe um desafio: o de chegar à terceira idade com saúde e de bem com a vida. Afinal de contas, só vale a pena viver mais se for possível viver melhor. A boa notícia é que a chave para um envelhecimento saudável está nas mãos de cada um. (...). A qualidade do futuro depende da qualidade do presente. Isso pressupõe não fumar, ter uma alimentação balanceada e praticar exercícios físicos. Por bons hábitos entendem-se também as atitudes perante a vida. Da relação com os amigos e parentes ao modo como se lida com o dinheiro e o conhecimento. (teste: está em suas mãos; VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

Curiosamente, em quase todas as mídias, quando acontece de apresentarem algum centenário que quebrou todas as regras de comportamento saudável e que, portanto, nega as estatísticas, a explicação é a genética privilegiada daquele indivíduo. É uma benção, em outras palavras, que a ciência procura desvendar, para produzir medicamentos e intervir para alterar a condição genética desfavorável da maioria.

A administração das emoções também é recomendada para o prolongamento da vida. Se nos antigos manuais de saúde a alegria era antídoto para a melancolia, aqui é o “bom humor e as emoções positivas” que “fortalecem o organismo e ajudam a chegar à velhice com o ânimo da mocidade”.

Ter alegria de viver é um bom caminho para envelhecer bem. Até parece conversa de guru de autoajuda, mas não é. A importância do bom humor e dos sentimentos positivos está documentada cientificamente. Um dos trabalhos mais recentes a respeito do assunto foi conduzido por pesquisadores da Universidade Yale, nos EUA. Seus resultados mostram que nossas expectativas em relação à velhice determinam o modo como envelhecemos. (...) os pesquisadores perceberam que aquelas pessoas com uma visão mais otimista da velhice tendiam a viver, em média, sete anos e meio a mais que os pessimistas. A conclusão é que o impacto do otimismo sobre a longevidade equivale aos benefícios de não fumar e manter o colesterol e a pressão arterial em patamares saudáveis. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

VEJA reconhece que a ciência ainda não decifrou o “processo de envelhecimento em toda a sua complexidade”, e que “esse ponto é fundamental para que se consiga detê-lo”. Fica clara a pretensão de deter o envelhecimento, enaltecida nas três revistas, como se fosse realmente possível para todas as pessoas manter o vigor até o fim da vida. A vitória da humanidade contra a morte é um antigo e fascinante projeto que está presente nos hábitos de autocuidado contemporâneo e na ode à longevidade como realização vitoriosa da nossa civilização.

Morrer cedo, portanto, está inscrito na lógica dos genes – contra a qual, felizmente, nos opomos. Graças às conquistas da civilização, o homem aprendeu a domar as adversidades que encurtavam demais a sua expectativa de vida. Em contrapartida, viu-se obrigado a enfrentar doenças associadas ao envelhecimento (caso do câncer e dos distúrbios cardíacos). (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

Como observou Featherstone (1991, p. 186), a velhice e a morte são vistas de modo tão negativo pela cultura de consumo porque lembram a “decadência inevitável e a derrota que estão à espreita frequente do mais vigilante dos indivíduos”¹⁰⁶. A morte e o sofrimento

¹⁰⁶ “Self preservation depends upon the preservation of the body within culture in which the body is the passport to all that is good in life. Health, youth, beauty, sex, fitness are the positive attributes which body care can achieve and preserve. With appearance being taken as a reflex of the self the penalties of bodily neglect are a lowering of one’s acceptability as a person, as well as indication of laziness, low self-esteem and even moral failure. Within consume culture it is hardly surprising that ageing and death are viewed so negatively –they are unwelcome reminders of the inevitable decay and defeat that are in store, even for the most vigilant of individuals”.

são intrusões não bem-vindas para uma cultura que decretou que a vida deve ser feliz.

Sono e vigília: descansar e exercitar o cérebro para produzir melhor

Referente à manutenção do funcionamento do cérebro na terceira idade, de acordo com VEJA, “o segredo é não desligar nunca”. O mais importante é que o cérebro “faça ginástica”. Pesquisas demonstram que perdas cerebrais causadas pelo envelhecimento são menos severas do que se imagina e que podem ser minimizadas por meio de exercícios – tais como jogar xadrez; organizar os livros, CDs e guarda-roupas; contar histórias em detalhes; associar nomes com diversas coisas para auxiliar a memória; montar quebra-cabeças; fazer palavras cruzadas; jogar vídeo games; aprender novas línguas.

As últimas pesquisas mostram que o cérebro produz neurônios durante toda a vida – até na velhice. Contudo, a eficiência com que eles se conectarão uns aos outros depende também do tanto que o cérebro foi estimulado em anos anteriores. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

A ginástica cerebral tem por objetivo a prevenção do Alzheimer, a maximização da memória, da inteligência e da concentração. São as nossas atividades de vigília¹⁰⁷. A meditação poderia ser incluída como malhação cerebral, mas, por seu papel central de controle das emoções no imaginário contemporâneo, será tratada à parte, no último item deste capítulo. O sono, por sua vez, passou a ser assunto das neurociências e já não serve apenas para repor as energias gastas durante o dia; dormir bem pode evitar doenças e até rejuvenescer. Tanto o sono quanto a vigília devem ser instrumentalizados a favor do desempenho. A insônia interfere na vigília, diminuindo a concentração mental. Também o ronco, a apneia, a influência do relógio biológico sobre os ciclos de sono e vigília, os sonhos e as atividades cerebrais, são pontos investigados pelas ciências, na intenção de garantir um descanso suficiente e de qualidade, para não falar dos novos medicamentos que proporcionarão uma boa noite.

Houve um tempo em que dormir era sinônimo de desperdício de tempo, coisa de gente preguiçosa, um hábito quase indecente. (...) são cada vez mais claras as evidências de que o sono noturno não serve apenas para repor as energias gastas durante o dia. Ele mantém fortes as defesas do organismo, protege o cérebro e, de quebra, ainda remoja. Dormir é essencial. Mas não qualquer sono. O sono proveitoso é aquele do qual despertamos bem-dispostos, não importa o número de horas. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

A sistematização do sono e da vigília também está ligada à racionalização do tempo na vida cotidiana. De acordo com reportagem de ISTOÉ (05/03/2008, *Revelações do relógio biológico*), o desempenho em várias áreas da vida pode ser melhorado se o corpo seguir

¹⁰⁷ Um dos seis tópicos enfatizados nos antigos manuais dietéticos era a regulação do sono e da vigília.

ritmos corretos e naturais, decifrados pela cronobiologia. A revista ressalta que não se trata de autoajuda, nem previsão futurológica, haveria melhores horários explicados biologicamente, para: estudar, exercitar-se, comer, dormir, passar por cirurgias, fazer sexo, etc. Estabelecendo os horários corretos para cada atividade, a eficácia seria maior. Por sua vez, ÉPOCA (08/01/2011, *Não perca seu tempo*) apresenta conselhos de livros de autoajuda para eliminar a procrastinação, organizar melhor o tempo e aumentar a eficiência pessoal¹⁰⁸. ISTOÉ (30/03/2005, *Tempo*) comenta a transformação na percepção do tempo, um dos bens preciosos na contemporaneidade, que “minuciosamente cronometrado, é nossa maior riqueza individual, é nosso capital”.

No futuro, podemos imaginar uma forma de detectar o processo cerebral responsável pela impressão da passagem das horas e criar drogas para suspender a sensação de que elas voam, deixando à mostra a finitude humana. Alguns praticantes de meditação afirmam ser capazes de atingir esse estado mental. Uma de suas premissas é considerar só o hoje e o agora. Sem stress nem ansiedade, como se o passado e o futuro fossem a mesma coisa: o momento presente. (ISTOÉ, 30/03/2005, *Tempo*).

Quem não se cuida atenta contra a própria vida

A atenção aos exames diagnósticos é um dos pilares do comportamento saudável do século XXI. Por outro lado, os indicadores vêm sendo alterados com frequência na última década, incluindo cada vez maior número de pessoas na categoria “em situação de risco”¹⁰⁹, o que não apenas obriga a mais autodisciplina e autocuidado, mas também demanda uso de medicação.

Você olha no espelho e vê refletida a imagem de uma pessoa sadia? Pois bem, da próxima vez que alguém lhe perguntar como anda sua saúde, tente se lembrar dos resultados de seu último check-up. Você pode não ter nenhuma alteração clínica importante, tampouco alguma doença estabelecida, e, mesmo assim, ser considerado um paciente. Nos últimos anos, entraram em vigor novas e mais rigorosas diretrizes para o diagnóstico de várias doenças. Com isso, muitas pessoas antes tidas como saudáveis foram reunidas num novo grupo: o dos pré-doentes. Ou seja, o de homens e mulheres que exibem características que podem propiciar o surgimento de certos distúrbios. (VEJA, 04/05/2005, *Entre a saúde e a doença*).

¹⁰⁸ Os vinte passos para “parar de enrolar e ganhar mais tempo para aproveitar melhor a vida” são os transcritos a seguir: defina prioridades; mantenha o foco; estabeleça prazos; pense em etapas; faça uma lista diária; seja realista; antecipe urgências; não confie na memória; premie-se; repita: “é só começar”; faça uma coisa por vez; livre-se do vício de verificar e-mail, verificar a cada duas horas é suficiente; resista às redes sociais; bloqueie a internet para evitar a tentação de navegar; conte o tempo; mantenha a ordem; estabeleça 15 minutos para fazer coisas chatas; crie hábitos rotineiros por semanas até sejam automáticos; valorize o lazer e reserve horários para se divertir; perdoe-se: “quem se perdoa por uma enroladinha age rapidamente para cumprir a tarefa que postergou” (ÉPOCA, 08/01/2011, *Não perca seu tempo*).

¹⁰⁹ Essa categoria será abordada em tópico de capítulo posterior, tratando das novas políticas de saúde e da priorização da prevenção dos riscos, a partir dos anos 1990, que, porém, contribuíram para a estigmatização dos não saudáveis, ou daqueles “em situação de risco”.

Com a justificativa de que o diagnóstico precoce aumenta as chances de cura, os padrões de normalidade dos níveis de colesterol, glicose, cálcio, pressão arterial e peso ficaram mais rígidos entre 2002 e 2004¹¹⁰. Essas mudanças resultaram num aumento de 30% no número de pré-diabéticos no Brasil, criticava VEJA (04/05/2005), que parecia opor-se ao procedimento. Haveria uma corrente médica radical defendendo níveis menores de colesterol, e cogitando, inclusive, a prescrição de estatinas “até mesmo para pessoas que estão abaixo dos níveis tidos como ótimos”. Excepcionalmente, VEJA defendia mais a mudança de hábitos cotidianos do que o uso de medicamentos; posicionava-se contra a classificação dos “pré-doentes”.

Constatou-se, por exemplo, que a alteração no que é visto como padrão normal de pressão arterial acabou por levar muita gente a um desgaste emocional desnecessário – um dos caminhos que conduzem justamente à hipertensão. Nessa área, aliás, há grande controvérsia. Os especialistas americanos passaram a considerar que a pressão arterial de 12 por 8 caracterizava pré-hipertensão. Os europeus discordam. (...) O resultado da mudança de parâmetros nos EUA foi que, evidentemente, aumentaram as vendas de remédios contra a pressão alta. (...) Uma das metas mais ambiciosas da medicina é estabelecer os limites do pré-câncer. Mas a verdade é que, até o momento, isso só serve para causar angústia na maioria dos casos. Pela simples razão de que não existem tratamentos específicos para essa condição tão inicial – a não ser aqueles disponíveis para quem está realmente doente, como cirurgia, quimio e radioterapia. (VEJA, 04/05/2005, *Entre a saúde e a doença*).

Também ÉPOCA (20/05/2008, *Colesterol*) defendia o estilo de vida saudável contra a utilização de remédios, forçada pela modificação nos critérios de normalidade das taxas.

No início dos anos 90, um LDL de 130 miligramas por decilitro de sangue era considerado normal. Atualmente, é desejável que seja inferior a 100 miligramas por decilitro. Pessoas com outros fatores de risco além do colesterol (tabagismo, hipertensão, diabetes, histórico de infarto na família, obesidade, sedentarismo, nível elevado de triglicérides) devem manter o LDL em 70 miligramas por decilitro. É possível reduzir o colesterol com a adoção de uma vida saudável – atividade física, alimentação baseada em carnes magras, fibras, frutas e cereais integrais. A maioria das pessoas, no entanto, não consegue uma redução tão drástica sem tomar os remédios. Se as metas de colesterol continuarem caindo ano após ano, em breve talvez ninguém escape de tomar as estatinas. E, na maioria dos casos, sem ter benefício. (...) Quem toma estatina pode até ficar feliz com a queda dos níveis de colesterol. Mas pode enfartar do mesmo jeito. Outros fatores de risco precisam ser controlados. (ÉPOCA, 20/05/2008, *Colesterol*).

Quanto às dependências químicas, nas revistas o número de capas dedicadas ao

¹¹⁰ No parâmetro anterior o marcador de glicemia abaixo de 110 miligramas por decilitro de sangue era normal, após a mudança, o normal passou a ser 100. As taxas normais de colesterol deixaram de ser até 240 miligramas por decilitro de sangue; o limite agora é 200. O índice de massa corporal (IMC) antes considerado normal entre 18,5 e 27, ficou restrito a até 25. A condição de osteopenia, estágio anterior à osteoporose, que não existia, passou a ser medida pela perda de massa óssea entre 10% e 25%. (VEJA, 04/05/2005, *Entre a saúde e a doença*).

assunto não foi assim tão expressivo¹¹¹. Contudo, a condenação dos vícios, sobretudo do abuso de álcool e do tabagismo, é uma unanimidade e aparece em quase todas as notícias de saúde, beleza e bem-estar. As dependências químicas não serão tratadas neste texto, pois, como muitos outros temas, demandariam uma tese à parte. Sem dúvida, esse é um assunto de peso nas políticas de saúde mental contemporâneas. Todavia, em relação aos antigos costumes propalados nos manuais dietéticos e mesmo em comparação com o higienismo do século XIX e início do XX, não há nada de novo no cerceamento do consumo de álcool e drogas ilícitas pela força da lei. Ao longo do tempo, apenas variou a medida considerada abusiva e o que é classificado como lícito ou ilícito. A guerra contra o tabaco é a principal novidade contemporânea. A herança moral puritana prevaleceu com relação ao uso de algumas substâncias, sobretudo nos EUA, onde os reformadores puritanos atuaram fortemente como empreendedores morais para o estabelecimento de legislação que impusesse modificação dos costumes (Cf. BECKER, 2008). Diferentemente do álcool - cuja regra, até o final do período pesquisado, era mais flexível no Brasil e o consumo até que tolerado, desde com moderação – o tabaco e as drogas ilícitas são inaceitáveis em qualquer quantidade e frequência. O uso dessas substâncias é claramente desenhado como ato suicida.

Em relação às drogas lícitas - moderadores de apetite, tranquilizantes, antidepressivos, ansiolíticos, etc. –, a regra é completamente outra. Principalmente drogas de ação psíquica que possam modificar comportamentos indesejados, como a tristeza, a letargia, o medo e a agressividade exagerada, são cada vez mais recomendados, receitados e consumidos para auxiliar o enfrentamento das intempéries da vida contemporânea.

2.2. O autocontrole emocional para o desempenho produtivo

O enfoque da segunda fase da pesquisa (1998-2008), como explicado no primeiro capítulo, privilegiou a importância crescente do autocontrole emocional. A influência das emoções na saúde biológica e as disposições mentais de otimismo, fé e perseverança foram o recorte escolhido para representar a nova orientação da saúde como bem-estar.

Geralmente, as três revistas baseiam-se nas mesmas pesquisas e nos mesmos livros

¹¹¹ A relação de capas no período 1999-2008 sobre alcoolismo, drogas e tabagismo pode ser conferida no Anexo I (p. 297). Os totais de capas sobre dependências químicas: ÉPOCA, 16; ISTOÉ, 9; VEJA, 6. Sobre alcoolismo: ÉPOCA, 2; ISTOÉ, 4; VEJA, 2; sobre drogas: ÉPOCA, 10; ISTOÉ, 4; VEJA, 4. Sobre tabagismo: ÉPOCA, 4; ISTOÉ, 1; VEJA, nenhuma. (Cf. Anexo II, Gráfico 10 e 11, p. 315).

recém-lançados para compor as matérias. Não raro, os livros de autoajuda são o mote para as reportagens sobre emoções e saúde. A divulgação recente de pesquisas sobre cérebro e comportamento está presente na maior parte das reportagens, comentada por frases de especialistas entrevistados. A fundamentação científica é apresentada em todas as situações, procurando conferir objetividade e neutralidade aos argumentos. Todavia a atribuição de valorização negativa ou positiva aos comportamentos deixa transparecer constantemente a moralidade vigente no que se refere ao autocontrole emocional, além de não esconder a exigência de autocontrole imposta pelo mercado profissional. Para sobreviver à flexibilidade trabalhista, é necessário desenvolver habilidades de comunicação e afabilidade, demonstrar-se motivado para a luta, empenhar-se no aperfeiçoamento de si mesmo, de corpo e alma, para ser um líder. Todos devem ser líderes! Com ou sem subordinados disponíveis, seja líder de si próprio!

Um *Eu Vencedor* substitui a antiga ideia mística de *Eu Superior*, do século XIX, que embasou a literatura de autoajuda em seus primórdios, como será exposto no capítulo seguinte. Mas permanecem latentes os princípios de autoaperfeiçoamento da personalidade mediante exercícios mentais, concebidos pela autoajuda daquela época. Somente as explicações mudaram: a autossugestão da mente deu lugar à autossugestão do cérebro. Como complemento aos medicamentos, as principais técnicas psicológicas para o aprimoramento do *Eu* (terapia cognitiva comportamental, psicologia positiva, neurolinguística) ainda funcionam à base de autossugestão, como no século XIX. Por último, a meditação oriental, agora desencantada, tornou-se o exercício de higiene mental por excelência; é saudada por todas as revistas a partir de meados da primeira década deste século, após seu embasamento neurocientífico por pesquisas precárias do ponto de vista metodológico, mas que serviram para torná-la uma obrigação para aqueles que pretendem adquirir autocontrole.

A principal diferença de tendência na proposição de autocuidado emocional e mental entre as revistas está na maior ênfase na psicologia e na espiritualidade de ISTOÉ e ÉPOCA, em comparação com VEJA, que pende visivelmente para a recomendação de medicamentos psicotrópicos. Mas há de se considerar que, na primeira década do milênio, a consolidação da categoria de *complementaridade* entre a medicina alopática hegemônica e as medicinas alternativas eliminou a tensão entre as duas visões de mundo e as três revistas passaram a recomendar, para efeito de saúde, medicamentos aliados aos hábitos cotidianos de gerenciamento corporal, emocional, mental e espiritual. Assim, também entre as revistas, as diferenças de posição pró ou contra medicamentos e terapias alternativas já não tinham razão

de ser, as últimas já não constituíam ameaça. Por isso, até mesmo VEJA aderiu à recomendação de meditação, ioga e acupuntura, apesar de outras terapias medicinais ocidentais - florais, homeopatia e antroposofia - não terem recebido atenção. Em ISTOÉ e ÉPOCA, esses tratamentos foram mais divulgados, porém em conjunto com os medicamentos para a alma.

Após a publicação do relatório da OMS sobre saúde mental (2001-2002), *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, o autocontrole emocional ganhou peso absoluto para todos os tratamentos. No mesmo ano, com o *Relatório de Estratégias sobre Medicinas Tradicionais* (OMS, 2002a), a meditação e a ioga foram alçadas ao patamar de técnicas genéricas para males do corpo e da alma, respaldadas pela ciência. Tratava-se, então, de reprogramar o corpo e o cérebro, no limite também a alma: mente quieta, corpo saudável. Saúde física e mental estariam, a partir dali, oficialmente interligadas.

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Com o avanço da revolução molecular, os investigadores estão a adquirir a capacidade de observar o trabalho do cérebro humano vivo e pensante e de ver e compreender porque, às vezes, funciona pior do que poderia funcionar. Avanços futuros trarão uma compreensão mais completa de como o cérebro está relacionado com formas complexas de funcionamento mental e comportamental. Inovações no levantamento de imagens cerebrais e outras técnicas de investigação permitirão um ‘filme em tempo real’ do sistema nervoso em ação. Entretanto, a evidência científica trazida do campo da medicina do comportamento demonstrou a existência de uma relação fundamental entre saúde mental e física – por exemplo, que a depressão pressagia a ocorrência de perturbação cardíaca. As pesquisas mostram que existem duas vias principais pelas quais a saúde física e a mental influenciam-se mutuamente. Uma dessas vias são os sistemas fisiológicos, como o funcionamento neuroendócrino e imunitário. Os estados afetivos angustiados e deprimidos, por exemplo, desencadeiam uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e criam uma maior susceptibilidade a toda uma série de doenças físicas. Outra via é o comportamento saudável, que diz respeito a, por exemplo, regime alimentar, exercício, práticas sexuais, uso de tabaco e observância de tratamentos médicos. O comportamento de uma pessoa em matéria de saúde depende muito da sua saúde mental. Por exemplo, indícios recentes vieram mostrar que os jovens com problemas psiquiátricos, como a depressão e o abuso de substâncias, têm mais probabilidades de se tornarem fumadores e ter um comportamento sexual de alto risco. (OMS, 2002b, *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, p.XX).

A administração das emoções

A importância das emoções aparece pela primeira vez em capa das revistas de atualidades brasileiras no ano de 1997, publicada por VEJA (15/01/1997, *Inteligência*

Emocional) sobre o livro *Inteligência Emocional*¹¹², de Daniel Goleman¹¹³, lançado em 1995, que levava para empresas e escolas “a nova descoberta”: “o sucesso depende mais dos sentimentos do que do QI”. Goleman “admite que se pode aprender a controlar e dominar pelo menos parcialmente os impulsos negativos, como a ira, a ansiedade, a melancolia ou os ímpetos repressores”. Segundo VEJA, de nada adianta ter um intelecto com alta capacidade de operações lógicas e racionais se não houver uma adequada administração das emoções. O antigo exemplo de reconhecidos gênios intelectuais que eram “burros emocionais” (Einstein, Freud, Marx, Darwin) e “na vida cotidiana deixaram-se guiar muito mais pelos seus corações” hoje estaria fadado ao fracasso¹¹⁴. A inteligência emocional significa habilidade de modular os sentimentos na interação com outros. “Não existe mais a ciência que se faz pelo gênio de uma só pessoa”, e o trabalho em grupo requer o autocontrole dos afetos e a negociação. Essas ideias não são exclusividade de VEJA, aparecem também em ISTOÉ e ÉPOCA. É cada vez mais amplamente veiculada a ideia de que a administração emocional e a habilidade no relacionamento são traços distintivos do vencedor.

Essa visão emocional específica emergiu primeiramente nas áreas de recrutamento das empresas, que começaram a prestar atenção às características subjetivas do candidato, tais como a maneira de se relacionar com amigos e familiares, sem deixar, no entanto, de verificar a competência intelectual (VEJA, 15/01/1997, *Inteligência Emocional*). Porém, conhecimento intelectual já não bastava. O diploma e o currículo são pontos “de partida e não de chegada”, afirmava VEJA. Segundo uma psicóloga de RH entrevistada, as lacunas de conhecimento técnico poderiam ser preenchidas com treinamento e atualização; porém, “dificuldades de relacionamento, autoritarismo, descontrole emocional, esses obstáculos são quase intransponíveis, mesmo com toda uma vida”, “qualidades como a afabilidade, a compreensão, a gentileza no trato” são “virtudes fundamentais” para a contratação de líderes. O trabalhador compulsivo que prescinde da vida social e do lazer, proeminente nos anos 1980, “tornou-se

¹¹² Sobre as teorias da inteligência emocional nos meios de gestão empresarial, veja Andrade (2011, 2012).

¹¹³ Daniel Goleman teve grande envolvimento com a *New Age* e as religiosidades de origem asiática. Já havia escrito *A arte da meditação* no final dos anos 1970, após contato com gurus indianos. Esse livro foi reeditado em 1988 e publicado no Brasil em 1999. Nele, propunha a meditação para desenvolver a concentração e treinar a atenção, bem como técnicas para a alteração da consciência baseadas em várias religiões orientais e no cristianismo, aproximadas pelo autor à psicologia junguiana e ao Movimento do Potencial Humano, valendo-se também de profetas da contracultura como Ginsberg e Watts. Em 2003, publicou *Como lidar com as emoções destrutivas*, relato de encontro do Dalai Lama com cientistas, com o objetivo de combater emoções negativas. “Agora, o que está na mira dos pesquisadores é saber como a meditação pode treinar a mente e reformatar o cérebro”, afirmava Goleman. (Cf. SUPERINTERESSANTE. *Meditação*, outubro de 2003).

¹¹⁴ Os últimos 25 prêmios Nobel de Física tinham sido atribuídos, segundo a revista, a “gente que conseguiu reunir excelência intelectual à capacidade de coordenar esforços, estimular talentos, lidar com vaidades e frustrações, além de negociar contratos milionários de financiamento para suas pesquisas” (VEJA, 15/01/1997, *Inteligência Emocional*).

uma figura deprimente”. O ideal contemporâneo de executivo apresentado era aquele que possui “virtudes como sentido de cooperação, entusiasmo para encontrar as saídas de um problema, calma e, principalmente, bom senso”. Segundo a reportagem, “a obsessão pelo equilíbrio emocional é tanta que os candidatos a uma vaga enfrentam um verdadeiro calvário emocional”.

O conceito de inteligência emocional é muito subjetivo e não pode ser quantificado, apontava a revista. Afinal, as condições do candidato a uma vaga envolvem a forma como suportam a pressão emocional e isso interfere nos resultados da “performance emocional”. Todavia, essa nova proposta terapêutica havia chegado ao chão das fábricas brasileiras, nas quais o operário já não era considerado apenas pelo trabalho braçal, mas também em seu universo emocional. A *Fiat* de Betim, por exemplo, implantou em 1991 um painel (o *emocionômetro*), onde o operário expressava seu estado de espírito daquele dia por meio de um pino colorido pregado junto a sua foto, o que foi chamado pela reportagem, com razão, de *striptease emocional*. A intenção era estimular a solidariedade dos colegas quando “algo vai mal” na vida pessoal. A empresa tomou essa decisão por causa do alto número de peças com defeito. Os coordenadores descobriram que o padrão de qualidade podia ser danificado “por causa da distração de um ou outro” e apostaram “que a má performance se devia a problemas emocionais de alguns funcionários, que não conseguiam concentrar-se”. Com o novo procedimento, o número mensal de peças com defeito caiu de 100 para 36 e “a iniciativa pelo menos deu ao funcionário a impressão de que sua empresa e seus colegas preocupam-se com ele”, o que foi “uma ajuda e tanto” (VEJA, 15/01/1997).

No futebol, Wanderley Luxemburgo, utilizou as técnicas de Goleman e diminuiu o número de cartões amarelos (VEJA, 15/01/1997). Nas escolas e empresas, a inteligência emocional passou a ser utilizada como modo de desenvolver nos indivíduos a capacidade de negociação e trabalho em grupo, de maneira civilizada, evitando a agressividade. Uma diretora afirmava que “as crianças têm de ser treinadas logo cedo a negociar saídas” (VEJA, 15/01/1997, *Inteligência Emocional*). O objetivo da escola é fazer com que os alunos “percebam emocionalmente a si mesmos e aos outros” (VEJA, 15/01/1997), e, em virtude disso, o recreio passou a ser usado para atividades educativas sobre a administração das emoções.

A mudança na pedagogia está relacionada à nova forma de entender o cérebro. O QI – Quociente de Inteligência - passou a ser visto como medindo apenas algumas funções cerebrais, as conexões lógicas e racionais; entretanto, haveria inteligências múltiplas, tais

como a emocional, o domínio corporal e espacial, os dons para interagir com outras pessoas, entre outras, apontadas primeiramente em 1983, por Howard Gardner. Para VEJA, Goleman trouxe “ao menos um pouco de rigor científico”, “às vezes, bem pouco” (VEJA, 15/01/1997), já que suas avaliações seriam para lá de subjetivas. Mesmo assim, desde então, essas teorias sobre habilidades emocionais começaram a predominar institucionalmente, ingressando fortemente na educação e na administração de recursos humanos.

Por meio das revistas, aprende-se que as explicações das emoções estariam nas relações entre o cérebro e a amígdala, resquício da estrutura réptil que persiste em “espécies superiores, porque é útil para a sobrevivência” (VEJA, 15/01/1997, *Inteligência Emocional*). O cérebro humano contém um “mapa da evolução” e todas as etapas da humanidade convivem no indivíduo. No cérebro, a informação recebida do meio externo é processada e comunicada ao restante do corpo. Sentimentos de pânico, ansiedade e medo atingem primeiro a amígdala, como nos répteis, preparando para o ataque ou fuga.

No homem moderno, às vezes, a amígdala leva a reações animais. O coração dispara, a boca seca, os músculos ficam retesados, o homem prepara-se para o ataque, quando tem somente um bêbado inofensivo na frente. Se o cérebro superior, o córtex, não entra em ação, contendo o ímpeto, parte-se para a agressão sem nenhum motivo, apenas porque uma lembrança ameaçadora foi evocada. (VEJA, 15/01/1997, *Inteligência emocional*).

(...) O stress é um mecanismo primitivo e antiquíssimo, engastado nas paredes das cavernas do sistema nervoso. É como um programa de computador velho, de pouca serventia, que ninguém se preocupou em apagar da memória do micro. O problema é que o corpo insiste em recorrer ao programa, mesmo que ele não sirva mais para resolver seus problemas atuais. (VEJA, 26/02/1997, *Stress, como conviver com ele*).

O enunciado subliminar das mensagens passadas pelas revistas é que aquele que não se autocontrola é pouco evoluído e age como os animais. Um “cérebro superior” pode controlar emoções, mesmo em situações de adversidade. Essa relação entre evolução e autocontrole aparece em diversas reportagens voltadas para o emocional ou para o corporal, nas três revistas. Em capa sobre estresse, VEJA (26/02/1997, *Stress, como conviver com ele*), reconhece que o trânsito, a insegurança, o desemprego, o excesso de trabalho são grandes causadores de estresse e angústia, deixando os indivíduos cada vez mais exaustos e tensos. “O excesso de tarefas e de responsabilidade, bem como o vazio da vida produzem igualmente estressados, gente que anda o tempo todo com o sentimento de que a vida se tornou pesada demais”. De acordo com as explicações, apesar de submetido aos predadores, inimigos e catástrofes naturais, o primitivo trabalhava menos horas caçando e colhendo, sendo agredido com menor frequência, por isso era menos estressado. A vida moderna é mais estressante, porém traz inúmeras vantagens de conforto, sempre apontadas pelas revistas.

O estresse é inútil para lidar com os problemas atuais, dizem os especialistas, causando apenas intoxicação do organismo com substâncias liberadas no sistema nervoso, as quais provocam taquicardia, dores no estômago, bruxismo, aumento da pressão arterial e, no limite, derrame, diabetes, úlceras, distúrbios cardiovasculares, depressão ou até mesmo câncer. Os efeitos sobre diferentes indivíduos variam, “a tendência à depressão ou à ansiedade é genética, o desgaste cotidiano cumpre o mero papel de detonador”. “A vida tornou-se acelerada demais para o ritmo do corpo humano” (VEJA, 26/02/1997, *Stress, como conviver com ele*). Mas, “as pressões da vida têm tanto peso como a maneira de cada um enfrentá-las”. Em outras palavras, cabe a cada um modificar sua disposição emocional e mental. A genética, como reiterado nas revistas, é um ponto inicial da trajetória biológica que pode ser redirecionada pelo poder da vontade e pela disciplina da mente para manter hábitos.

Em todas as revistas, as emoções são categorizadas como “positivas” ou “negativas” de acordo com o referencial biológico de saúde. A atuação benéfica das “emoções positivas”, segundo VEJA (30/10/2002, *Especial Saúde*), está ligada à inibição de estradiol e adrenalina, substâncias que atacam o sistema imunológico, além de agravar distúrbios cardiovasculares. As “emoções negativas”, ao contrário, estimulam a produção de estradiol e adrenalina. Após o respaldo da explicação biológica, a reportagem prossegue apelando para os antigos manuais dietéticos.

Os sentimentos positivos, enfim, têm um efeito multiplicador, ao facilitar o relacionamento entre as pessoas. Já está provado que uma convivência tranquila com parentes e amigos e um casamento feliz fazem um bem danado à saúde. “A alegria dilata e aquece o organismo”, diziam os médicos do século XVI. “Já a tristeza contrai e esfria o corpo”. Os doutores do século XXI assinam embaixo. (VEJA, 30/10/2002, *Especial Saúde*).

Não fique nervoso, a raiva adoece: estresse e agressividade

As revistas comentam a epidemia de estresse no mundo e o estrago financeiro causado pela fadiga crônica, pela tensão das horas trabalhadas em excesso, pela informação incessante oferecida pelas novas tecnologias (evento denominado “estresse cibernético”). Os argumentos sugerem que o estresse é um estado biológico, “natural”, que sempre existiu e que é uma questão de saber lidar com ele de novos modos, na atualidade. É necessário encontrar válvulas de escape para que a “exaustão emocional” não leve “ao desgaste físico” (ISTOÉ, 11/08/1999, *Stress*) decorrente de ambientes de alta competitividade.

Vacile e cometerá erros imperdoáveis. Relaxe e passarão a perna em você. Essas sentenças fatídicas estão levando cada vez mais gente a sofrer a ânsia de estar o tempo todo realizando coisas, cumprindo tarefas. Afinal, nas regras do mundo atual, o tempo não para nem permite

que se estacione. A consequência tem sido inevitável: stress, stress e mais stress. (ISTOÉ, 11/08/1999, *Stress*).

O trabalho duro é visto como uma virtude moderna, e todo mundo anda pressionado pela sensação de não ter cumprido integralmente sua cota pessoal de sacrifício. A ordem é aumentar a produtividade, e cobra-se responsabilidade nos resultados até dos empregados que ocupam as funções mais banais. Como se não bastasse, o fenômeno global do desemprego aumenta a pressão sobre os trabalhadores, para não falar da competição entre colegas. (...) No passado, em situações similares de impotência diante do inevitável, as pessoas conformavam-se em viver na pobreza ou suportavam com maior serenidade as piores desgraças, porque acreditavam que essa era a vontade divina. Hoje, a responsabilidade pela vida profissional e pessoal está inteiramente nas mãos de cada um. “A possibilidade de escolha, em vez de facilitar a vida, trouxe angústias que antes não existiam”, teoriza o médico da OMS. ‘O livre-arbítrio é uma das principais causas de stress’. (VEJA, 11/02/2004, *Stress*).

Observa-se grande ênfase na ação individual contra o estresse. As pessoas “vivem em alerta constante porque o perigo está dentro delas” (ISTOÉ, 11/08/1999), mas não é real, é uma herança primitiva, que, a despeito da genética, pode ser modificada.

não há mais leões correndo atrás de ninguém –, mas está nas ideias e nas sensações de ameaça e incompetência. O tempo que o stress demora para provocar um colapso dependerá da maneira como a pessoa aprendeu a se comportar diante das pressões diárias – há quem enfrente melhor essas situações – é da própria genética. Tudo, no entanto, começa no cérebro, de onde é orquestrada a reação hormonal a partir da liberação de adrenalina (substância que contrai os vasos sanguíneos). Os órgãos atingidos dependerão da vulnerabilidade genética de cada um. (ISTOÉ, 11/08/1999, *Stress*).

Ao contrário do que ocorre com os animais, cujo stress é predominantemente físico, a maior parte do nosso é mental. Visto sob a perspectiva da evolução, o stress psicológico é uma invenção recente. (...) Na esmagadora maioria das vezes, como resultado da importância que damos aos incidentes comuns do cotidiano. (...) é perfeitamente possível para cada um de nós determinar até certo ponto como essas situações nos afetam no cotidiano. (VEJA, 11/02/2004, *Stress*).

ÉPOCA (17/10/2005, *Stress, coração*), por sua vez, sugere que é “hora de repensar a vida”, pois “novas pesquisas revelam que as pressões do dia-a-dia fazem tanto mal ao coração quanto o cigarro, a obesidade, o colesterol e outros vilões”. Porém, há gente com invejável tranquilidade que superou situações avassaladoras, conforme a revista.

(...) nem sempre o stress é prejudicial. Desde o tempo das cavernas, ele melhora o desempenho do organismo para que a pessoa possa reagir a um agressor ou fugir. Também turbinou a performance de alguns profissionais que produzem muito melhor quando se sentem pressionados por prazos, imprevistos, desafios. Ele só vira vilão quando a resposta do organismo às tensões se torna exagerada. (ÉPOCA, 17/10/2005, *Stress, coração*).

O estresse não é só negativo, também é positivo porque a pressão mobiliza o indivíduo, é o preço da modernização. “O ideal é se preparar para o estresse” e “não encarar cada obstáculo como se fosse o fim do mundo” (VEJA, 11/02/2004, *Stress: como é possível se defender desse mal moderno*). Uma vez que não é possível mudar de vida, “as mudanças

que realmente estão à mão são aquelas que envolvem hábitos de vida” (VEJA, 11/02/2004). Afinal, segundo as revistas, há pessoas que conseguem extrair seu melhor sob estresse: “Para alguns, fechar negócios no pregão da bolsa de valores é motivo de tensão constante e meio caminho para uma gastrite nervosa. Para outros, é o estímulo necessário para superar obstáculos e crescer na carreira” (VEJA, 11/02/2004). Uma das principais estratégias para deter o estresse é o exercício físico, pois ajuda a descarregar a tensão acumulada e estimula o organismo a relaxar, mas as técnicas alternativas também são bem-vindas.

Exercícios de relaxamento, feitos religiosamente todos os dias, podem reduzir em até 30% o índice de complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos. Descobriu-se que até a acupuntura e a meditação transcendental têm efeitos físicos concretos - melhorando a oxigenação do sangue e reduzindo a pressão arterial. E, melhor que tudo, uma vida regrada, sem excesso de trabalho, com exercícios físicos, repouso e lazer. Contra o stress, viver bem é a melhor arma. (VEJA 26/02/1997, *Stress, como conviver com ele*).

A revista ISTOÉ sempre enfatizou sobremaneira as medicinas alternativas para o tratamento de distúrbios psíquicos; esse caminho foi seguido por ÉPOCA no período 1999-2008. Sem deixar de ressaltar o aspecto produtivo das práticas orientais, como meditação e ioga, recomendadas não só para ansiedade, depressão, estresse, fobias, sono, mas também para aumentar a concentração e a chamada “energia” para o desempenho com rapidez e eficiência, requerido pela dinâmica econômica atual. A meditação é uma panaceia para todos os males do corpo e da alma, que não substitui os psicotrópicos nos casos mais graves, mas é complementar e auxilia qualquer tratamento.

Em reportagem de capa, ISTOÉ (11/08/1999, *Stress*) anunciava as medicinas tradicionais e alternativas como opções contra o estresse. As causas dos problemas emocionais eram de principalmente de ordem psicológica ou afetiva. As técnicas de *biofeedback* e a homeopatia eram recomendadas por auxiliarem a pessoa a perceber suas emoções como informações corporais daquilo que a estressa, fazendo com que mude de atitude. A acupuntura e o *shiatsu* relaxam os músculos e equilibram a “energia geral”, ressaltava ISTOÉ, atuando “sobre os pontos fracos das pessoas, aqueles em que a corda costuma arrebentar quando a tensão é grande. Na acupuntura, cada órgão do corpo corresponde a um elemento da natureza e a uma sensação”. Os *Floraes de Bach* recuperam o equilíbrio e regulam a energia humana pela “vibração energética” presente nas flores. O *Reiki* “energiza a pessoa”.

A expressão modulada das emoções aparece também em VEJA (15/01/1997), na voz da psicóloga que diz: “As pessoas mais estressadas são aquelas que têm dificuldade em

expressar sentimentos, tendem a explodir nos momentos de tensão, mas acabam fazendo um esforço para ser gentis e educadas”. Em ISTOÉ, essa visão é ainda mais acentuada:

Os exercícios físicos, assim como chorar, rir, fazer sexo, também ajudam. Essas ações provocam relaxamento da mente e do corpo por causa da liberação de endorfinas, substâncias responsáveis pela sensação de bem-estar. No caso da atividade física não precisa muito: 30 minutos, três vezes por semana, bastam. (ISTOÉ, 11/08/1999, *Stress*).

Segundo ÉPOCA (14/08/2003, *Viva melhor!*), o estresse parece inevitável, mas os especialistas dizem que é possível conviver bem com ele, usá-lo a seu favor. Por isso a revistas dá dicas de como ficar “zen” e anuncia explicitamente produtos e serviços para “relaxar e desestressar, com muito charme”. As atividades físicas “anulam os efeitos do stress, além de fortalecer o corpo para enfrentá-lo”. “Dosar prazer e obrigação é a melhor receita para conviver com as tensões da vida moderna” (ÉPOCA, 14/08/2003). O prazer tem a função de controlar o estresse e prevenir a depressão ao mesmo tempo. Embora o estresse seja “um mecanismo primitivo”, eliminá-lo totalmente “é coisa ultrapassada”, pois é um componente mobilizador da vida “e até da felicidade”. Pode ser bom ou ruim, dependendo da maneira como “nosso cérebro interpreta a tal situação”.

O universo, é verdade, conspira a favor do stress. Mas o modo como cada um lida com as situações do cotidiano é determinante para reduzir - ou aumentar - o impacto da ansiedade na saúde física e mental. Estudos recentes mostram que gerenciar o stress no dia-a-dia e incluir prazer na rotina é mais decisivo que “bloquear” a vida, criando zonas estanques para o trabalho e para o descanso. (ÉPOCA, 14/08/2003, *Viva melhor!*).

Uma empresária entrevistada dizia que seu bem-estar é a prioridade. “Adotou hábitos alimentares da antroposofia - doutrina mística que estuda a natureza humana - e passou a praticar ioga. Reavaliou a própria vida, estabeleceu limites para o trabalho e ficou mais atenta a seus reais desejos e necessidades” (ÉPOCA, 14/08/2003, *Viva melhor!*). Assim como outros publicitários e executivos, ela se rendeu aos hábitos orientais (meditação, ioga, *tai chi chuan*, acupuntura) para controlar o estresse no dia a dia. A psicologia em ÉPOCA é bastante enfatizada para direcionar a mudança dos hábitos e uma postura “mais positiva” perante a vida. “Gente que não sabe dizer não, é muito exigente e perfeccionista tende a ser suscetível mesmo em condições relaxantes”, afirmava psicóloga. “Administrar a ansiedade é melhor arma contra o stress que o sonho inviável de mudar-se para uma ilha deserta”, dizia a reportagem (ÉPOCA, 14/08/2003, *Viva melhor!*).

Em outra capa (ÉPOCA, 17/10/2005, *Stress, coração*), é afirmado que não só a raiva, mas as “emoções negativas” de modo geral (ansiedade, depressão, hostilidade e desesperança) prejudicam o coração. Os pessimistas e aqueles que se preocupam com coisas pequenas correm mais riscos. A questão é encontrar uma “estratégia mais saudável para lidar com a

raiva”. Segundo psicóloga brasileira, que explicava em novo livro como é possível mudar a interpretação dos fatos e o modo como se responde às pressões: “Rodar a baiana ou engolir desaforos fazem mal da mesma forma. O melhor é responder à situação de forma menos agressiva: sair para caminhar, dar um tempo, respirar e retomar a conversa” (ÉPOCA, 17/10/2005, *Stress, coração*).

O grande desafio, porém, é lidar com as fontes internas de stress, as que costumam estar mais associadas ao adoecimento. Mais estressante do que a situação em si costuma ser a interpretação que as pessoas fazem dela. (...) Como não dá para escolher um chefe sob medida, nem criar uma cidade perfeita, o melhor a fazer é embarcar na dura viagem do autoconhecimento e tentar controlar as reações exageradas. O primeiro passo é sempre se perguntar: “Será que esse fato merece que eu me abale tanto?” (ÉPOCA, 17/10/2005, *Stress, coração*).

Um teste de autoavaliação ajudava o leitor a descobrir se ele tem “a personalidade que faz mal”, cujos traços são: fechamento, dificuldade de contato com as pessoas, inibição na interação social, superestima da importância de pequenas coisas, sentimento frequente de infelicidade, irritação e mau humor, visão pessimista dos fatos. “O perigo está dentro de você”, mas, procurando auxílio psicológico é possível aprender “a lidar com as fontes internas de stress” enumeradas por ÉPOCA (17/10/2005, *Stress, coração*)¹¹⁵.

VEJA (26/02/1997, *Stress, como conviver com ele*), por sua vez, apontava o custo econômico do estresse para as empresas, por causa do alto número de licenças médicas decorrentes do desgaste emocional. Estudos indicavam que a *General Motors* (GM) dos EUA gastava mais com despesas médicas e perda de produtividade decorrente de estresse do que com o aço dos automóveis. Certas profissões eram reconhecidas como tão estressantes que o valor cobrado por suas apólices de seguro de vida era mais alto que entre as “dos mortais comuns”¹¹⁶. No caso do infarto, segundo ÉPOCA (17/10/2005, *Stress, coração*), o paciente típico “exibe perfil aparentemente privilegiado” (escolaridade elevada, check-up em dia, colesterol normal, dieta equilibrada, peso adequado), “a única coisa que vai mal na vida do sujeito é o trabalho”. Circunstância que, se não pode ser alterada, pode ser resolvida ao modo psicológico.

Com relação aos principais transtornos emocionais (estresse, depressão e fobias), cabe a cada um enxergar a realidade de uma forma otimista para manter seu bem-estar. A realidade

¹¹⁵ Pensamentos rígidos; valores antigos que não são adequados à realidade atual; expectativas impossíveis de serem atingidas; negativismo, pessimismo, mau humor, insegurança; não saber dizer não às demandas dos outros; níveis de ansiedade e estresse muito acentuados; competição constante; pressa como um modo de viver; incapacidade de perdoar e esquecer o passado; perfeccionismo e pensamentos obsessivos; egoísmo; raiva.

¹¹⁶ Policiais e seguranças privados; controladores de voo e motoristas de ônibus urbanos; executivos, trabalhadores da saúde, de atendimento ao público e bancários; jornalistas (VEJA, 26/02/1997, *Stress, como conviver com ele*).

não muda, mude você seu olhar, recomenda a revista ÉPOCA: “mudar sua atitude diante do cotidiano é o único remédio reconhecidamente eficaz para enfrentar o stress” (ÉPOCA 14/08/2003, *Viva melhor!*). Para quem tem dinheiro, o estresse pode ser combatido pelo consumo de prazer (“*day SPA*, banhos, sensações prazerosas são remédio para mal estar”, preços entre 300 e 600 reais), os desempregados devem entender que a situação é passageira “para não deixar a bola cair” (ISTOÉ, 20/12/2001, *Stress de fim de ano*). Para o restante, resta a sugestão da revista ISTOÉ de fazer caridade para aliviar o estresse.

Depressão: o grande mal da alma

Se o estresse pode ser considerado positivo por incitar à luta, a depressão é vista como totalmente negativa, ainda que sempre sejam feitas ressalvas para estados de luto, separação, trauma e pós-parto, nos quais a tristeza profunda é considerada normal desde que se dissipe em duas ou três semanas (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*). Para todas as outras situações ela é extremamente perigosa, não apenas pelos danos à saúde, mas também porque impede a produtividade. O estresse é inevitável, porém tem um lado mobilizador. A depressão, diferentemente, é uma doença que deve ser tratada rapidamente antes que cause ou agrave distúrbios físicos: com medicamentos ou com terapia cognitiva e psicologia positiva, consideradas rápidas e eficientes.

Outro aspecto considerado cada vez mais importante é conjugar a parte medicamentosa com a terapia cognitiva. Desenvolvida nos anos 70, ela é mais pontual do que a psicanálise. O terapeuta tenta convencer o deprimido de que seus medos, suas tristezas e suas preocupações não têm fundamento. É rápida, objetiva e treina os pacientes para enfrentar situações que lhes parecem complicadas. (ÉPOCA, 06/05/2004, *Os herdeiros do Prozac*).

A depressão aparece como mais perigosa que o estresse porque ela inibe e paralisa. É improdutiva, metáfora contramoderna, assim como a obesidade que afeta a mobilidade (Cf. GOMES, 2008). Para Ehrenberg (2004), a depressão advém da cobrança por autonomia; ela representa um protesto do corpo, que se recusa a entrar na engrenagem ininterrupta do desempenho e do aperfeiçoamento de si. Os sintomas da depressão são tristeza profunda e sem motivo, isolamento, mudanças de humor ou mau humor frequente, perda de interesse ou prazer nas atividades, sentimento de culpa ou perda de autoestima, distúrbio de sono ou de apetite, perda de energia e falta de concentração (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*). Outros sintomas suspeitos são o desânimo e um “vazio tremendo, que às vezes pode ser percebido na falta de brilho dos olhos” (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*).

A chamada doença da alma é também caracterizada por desânimo profundo, que chega a “ser visível no corpo e nas atitudes”, “quando nada desperta interesse e alegria e a ideia de suicídio é frequente”. A vida parece sem motivo, a pessoa não consegue tomar sequer pequenas decisões e foge de qualquer contato sexual (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*). A depressão interfere diretamente nas relações sociais e, em caso extremo, pode levar à morte. “Depressão severa ou clínica é uma doença, um desarranjo na química cerebral que precisa e – felizmente – pode ser tratado com remédio e psicoterapia” (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*). Especialistas procuram ensinar a dar sentido à vida, incentivando a religiosidade, os hobbies, a literatura, a meditação e a “fazer o bem”. A mensagem das reportagens poderia ser resumida da seguinte maneira: Se nada der certo: reze! Vale tudo, desde que se mantenha produtivo e resiliente¹¹⁷ em situações de crise depressiva.

Se não tratados adequadamente, os sintomas podem “levar a uma incapacidade de gerenciar a própria vida e à perda da responsabilidade em relação aos outros” (VEJA, 2009¹¹⁸). A timidez e a síndrome do pânico, por sua vez, podem causar depressão, por isso devem ser contornadas. “Quando a amargura começa a atrapalhar os relacionamentos e o trabalho, é hora de procurar ajuda”, recomenda VEJA (31/03/1999, *Depressão*).

Segundo VEJA (2009), o tratamento é realizado à base de antidepressivos, com acompanhamento psicológico, complementado por atividades esportivas. Cerca de 70% dos que utilizam antidepressivos respondem bem aos tratamentos, que “deram um salto evolutivo” e já não provocam efeitos colaterais como antigamente. “A longo prazo, 70% dos pacientes reagem bem”, porém, “muitas vezes é necessário aumentar a dosagem ou trocar as drogas para manter benefícios”. Cerca de 7 bilhões de dólares eram gastos no mundo por ano com antidepressivos, em 1999 – esse era o segundo tipo de medicamento mais vendido, ficando atrás apenas dos fármacos para doenças cardiovasculares (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*)¹¹⁹.

Em VEJA, histórias de vida mostravam como os medicamentos auxiliaram a vida a voltar ao normal. Os antidepressivos, segundo as reportagens, trazem alívio imediato; a psicologia é complementar aos medicamentos, assim como os eletrochoques ou as

¹¹⁷ Resiliência, simplificadamente, é a capacidade de recuperação psíquica da pessoa e superação dos problemas em situações de tragédia ou trauma. No dito popular brasileiro, equivale a “levantar, sacudir a poeira e dar a volta por cima”.

¹¹⁸ *Perguntas e respostas sobre depressão*, VEJA online, janeiro de 2009.

¹¹⁹ O *Prozac* foi lançado nos EUA, em 1987, e anunciado pela revista *Scientific American* como um “anjo que ilumina as trevas da alma” (ÉPOCA, 03/03/2008). O consumo mundial de antidepressivos saltou de 4 bilhões, em 1995, para 10 bilhões, em 2004. No Brasil, entre 1987 e 1992, o número de unidades de antidepressivos vendidas passou de 6 milhões para 9 milhões. Em 2002, foram vendidos 16 milhões de antidepressivos para cerca de 700 mil pacientes, no Brasil (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*). Em 2005 foram vendidos 20,6 milhões de comprimidos; em 2007 foram 24,4 milhões. O mercado brasileiro de antidepressivos é um dos dez maiores do mundo (ÉPOCA, 03/03/2008, *O poder da tristeza*).

intervenções cirúrgicas no sistema nervoso, com laser ou ultrassom, com boa resposta em 75% dos casos. “Antes, quando um paciente se apresentava no consultório com algum tipo de desajuste emocional, a tendência era o médico receitar-lhe um calmante. Hoje, ele o encaminha ao psiquiatra. A expressão ‘doença mental’ associada à palavra ‘depressão’ não assusta tanto” (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*). A depressão não pode ser diagnosticada objetivamente porque se localiza “dentro” do cérebro, a “parte mais nobre do corpo”; por isso, as pesquisas que utilizam tomografia e imagens do cérebro para demonstrar a concretude da depressão são tão apreciadas:

Ela [a depressão] se esconde em meio aos 100 bilhões de células neuronais. Confunde-se com os pensamentos mais abstratos e com as emoções mais profundas – metaforicamente falando, tem raízes na própria alma. É uma doença híbrida. Embora possa ser reduzida a um problema bioquímico e atacada com sucesso pelos remédios, será sempre um mistério (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*).

As “doenças afetivas” de ordem subjetiva não podem ser medidas. Mas todos os “desequilíbrios emocionais” - depressão, estresse, síndrome do pânico, transtornos neuróticos, sentimento de impotência, sofrimento paralisante na hora de tomar decisões - são patológicos por que causam inexplicáveis desarranjos biológicos, sendo, por isso, considerados “doenças funcionais”. Ainda que a depressão não possua causalidade precisa, procura-se deslocá-la para o espaço das doenças cognitivas, que são biológicas, como psicose, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson. A depressão surge em decorrência de uma deficiência, no caso, “falta de certos neurotransmissores que carregam os impulsos elétricos de uma célula para outra no cérebro” [serotonina] (VEJA, 31/03/1999, *Depressão*). Por acaso, descobriu-se que drogas para diabetes melhoravam o humor e elas passaram a ser usadas como antidepressivo, dando origem a esse ramo rentável da indústria farmacêutica, esperança de cura definitiva para a maioria, segundo a revista VEJA. “Sustentava-se no passado que as doenças mentais deveriam ser tratadas somente pela psicanálise ou psicoterapia, hoje médicos e psicanalistas concordam que é melhor unir os dois”, apontava VEJA (31/03/1999, *Depressão*), com relação aos medicamentos.

A depressão já foi muito associada à genialidade criadora (Beethoven, Schubert e Chopin, Van Gogh, Ernest Hemingway, Virginia Woolf e Fernando Pessoa), dizia a revista VEJA (31/03/1999, *Depressão*). Hoje se sabe, continuava a reportagem, que essa associação é um mito, pois, na verdade, desânimo, apatia e falta de iniciativa matam a criatividade em vez de estimulá-la. Nesse sentido, ao contrário do estresse, a depressão é inútil e é incapacitante; por isso é vista como doença da alma.

ÉPOCA (01/05/2003, *Depressão*) segue a mesma interpretação de VEJA, a depressão sendo vista como doença biológica causada por processos químicos, não se tratando de “sinal de loucura ou fraqueza”. Muitas pessoas (celebridades, esportistas, engenheiros, músicos são citados) venceram a depressão com terapias e medicamentos, exercícios físicos e meditação. A depressão é uma doença que está em fase epidêmica. Segundo a OMS, o problema é muito grave e “a depressão será a segunda maior causa de incapacitação ao trabalho no ano de 2020”. Essa enfermidade deixa de ser apenas consequência e vira fator de risco de outras doenças, começando, ademais, a atingir jovens e crianças.

Crianças e adolescentes hoje integram o rol dos consumidores de antidepressivos. Há dois meses, o FDA liberou o uso do *Prozac* para crianças a partir de 7 anos. Classicamente chamada de “doença da alma”, a depressão ganhou um caráter químico quando se descobriu sua ligação com a falta de duas substâncias no cérebro: a serotonina e a noradrenalina. (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*).

O grande desafio ainda é o diagnóstico. A “foto” colorida do interior do cérebro, proporcionada pela tecnologia, auxilia a localização biológica da depressão. Sendo doença com grande reincidência, a depressão indica um quadro de risco progressivo, se não for tratada a tempo. O *Prozac*, considerado por muitos “a pílula da felicidade”, amplamente receitado para pequenos contratempos e insatisfações cotidianas, segundo ÉPOCA, ataca a insuficiência de serotonina, porém não vai à raiz do problema:

Mas a associação da depressão com um desequilíbrio químico fez a maioria das pessoas deixar de lado qualquer possibilidade de procurar dentro de si a causa da doença. O divã vem perdendo público. Isso acontece porque os seguidores de Freud não têm meios para comprovar que é possível encontrar a razão da depressão e curá-la através da busca do inconsciente. A seu favor, os remédios têm a vantagem de diminuir ou acabar com os sintomas da depressão. Ninguém aguenta passar anos dormindo pouco, de mau humor, sem vontade de viver e achando que o mundo está contra si. Mas não se pode descartar também que algumas depressões são fruto de questões mal resolvidas que remédio nenhum vai conseguir apagar. “O mundo não tem espaço para o sofrimento. É como se nossa cultura não pudesse suportar alguém triste”, argumenta a psicanalista Maria Rita Kehl. “Ninguém quer vivenciar a tristeza, analisar o que sente e o que fez para chegar a tal estado de desilusão” (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*).

A terapia cognitiva é recomendada por todas as revistas como o modo mais rápido e prático de resolver a depressão pela autossugestão, sobretudo quando aliada a medicamentos de ponta. “Ela [a terapia] é focada nos pensamentos negativos que rondam o depressivo. Em um primeiro momento, funciona como um pronto-socorro, ajudando o doente a vencer o medo de voltar à rotina. Depois, vai treinando-o para enxergar a realidade” (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*). Em cerca de vinte sessões, resolvem-se os problemas emocionais, 80% dos pacientes se curam, afirmavam VEJA e ÉPOCA. Na luta pelo bem-estar, valem psicotrópicos, terapias e tratamentos alternativos, conforme ÉPOCA (06/05/2004, *Os*

herdeiros do Prozac). Já não há desculpas para ser deprimido, com tamanho arsenal de técnicas e medicamentos que levem à felicidade. Além do *Prozac* e dos exercícios físicos estimuladores da produção de serotonina, surgia então o medicamento *Cymbala*, com menos efeitos colaterais, de acordo com ÉPOCA, sem falar da promissora terapia cognitiva e de tratamentos alternativos, como acupuntura e meditação. A abordagem deveria ser personalizada, pois a cada indivíduo corresponderia um tipo determinado de tratamento, que lhe será eficaz. A mesma linguagem evolutiva de sempre é resgatada também para a explicação da depressão e para a reiteração de que o autocontrole emocional é algo de gente evoluída:

A depressão tem origem num comportamento primitivo, surgido no tempo dos homens das cavernas; as reações dos animais selvagens diante dos perigos são lutar ou fugir. A depressão vem de uma terceira opção - diante de um problema insolúvel, recolher-se e colocar o organismo em ponto morto, para guardar energias para uma decisão futura. (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*).

Reforça-se constantemente que, mesmo decorrentes de fatores hereditários, os distúrbios emocionais podem ser curados, como comprovam casos de engenheiros, advogados, publicitários, celebridades, empresários e profissionais liberais. Se eles conseguem, todos podem conseguir. Basta ter força de vontade para superar as contingências da vida e transformar-se em um sujeito vitorioso e feliz. Todavia, observa-se que ÉPOCA apresenta mais contrapontos à visão dominante de que os medicamentos sejam a solução, embora ratifique como as outras revistas a distinção daqueles indivíduos que poderiam ser chamados de *superadores*, que extraem forças, não se sabe de onde, para lidar melhor com as disfunções emocionais causadas pela pressão exercida pela organização econômica atual, eufemisticamente apresentadas como “males da vida moderna”. “Algumas pessoas caem em depressão diante de dificuldades na vida; outras nem precisam de um grande trauma para sucumbir”, opina a revista (ÉPOCA, 01/05/2003, *Depressão*), que por outro lado denuncia a abusiva recomendação de remédios para distúrbios infinitamente comuns.

A verdade é que muitas pessoas não se livram do desespero e da depressão com remédios. E outras tantas conseguem se recuperar sem eles. Todos os estudos que comparam a eficiência deste ou daquele antidepressivo com placebo (pílula de farinha dada ao paciente como se fosse um remédio) apontam uma diferença pequena entre ambos: por volta de 20%. “Existem dois fatores fundamentais no tratamento: a relação de confiança entre médico e paciente e a vontade de ficar bom”, comenta especialista. “Às vezes, isso basta.” (ÉPOCA, 06/05/2004, *Os herdeiros do Prozac*).

Ambiguamente, ao mesmo tempo que insiste nos benefícios do novo remédio *Cymbala*, ÉPOCA ressalta a capacidade de equilíbrio básico do corpo para a cura e as maravilhas da ioga, da meditação e da acupuntura, para a depressão. “Toda receita que dá

resultados é bem-vinda”, enuncia a revista. Entre outras coisas, o médico alternativo americano, autor do best-seller *Curar*, recomenda o amor como cura. O amor, diz ele, é “uma necessidade biológica e o corpo responde a ele. O amor acalma, tranquiliza e deixa a pessoa bem-humorada, fazendo com que o coração funcione melhor”. E ainda:

Acredito que o corpo e o cérebro têm seus próprios mecanismos de cura. Não há razão para separar as emoções do que ocorre com o corpo. (...) Para controlar as doenças da mente precisamos comandar o cérebro emocional (...) Há 5 mil anos os adeptos da ioga e da meditação afirmam que, respirando de uma certa maneira, consegue-se focar a mente e atingir um equilíbrio. Nós podemos controlar o ritmo de nosso coração. Quando você está preso num congestionamento, pode ficar estressado ou ficar calmo, se exercitar a respiração naquele momento. Isso é vital e deveria ser ensinado em casa e na escola. (ÉPOCA, 06/05/2004, *Os herdeiros do Prozac*).

ÉPOCA oferece um contraponto ao culto da felicidade (ÉPOCA, 03/03/2008, *O poder da tristeza*), apresentando estudos que questionam o uso de antidepressivos e enfatizam os benefícios da tristeza na vida cotidiana. Uma revisão de literatura sobre antidepressivos, realizada por britânicos, concluiu que para depressão leve os efeitos dos medicamentos não diferem dos placebos. (ÉPOCA, 03/03/2008, *O poder da tristeza*). A indústria farmacêutica reagiu dizendo que foram analisados poucos estudos e que os antidepressivos ajudam a diminuir a taxa de suicídios. Grande parte do sucesso dos medicamentos estaria em uma “epidemia de receitas de antidepressivos” e não em uma “epidemia de depressão”, afirma um psiquiatra citado por ÉPOCA. A tristeza é confundida com depressão e os medicamentos são indicados e consumidos para qualquer contrariedade. “Eu não tenho problemas de depressão, apenas de mau humor e timidez”, diz um internauta no Orkut (comunidade *Confissões de um Prozaquiano*, com 160 membros). “Uso [Prozac] pelo estresse do dia-a-dia mesmo. É um santo remédio.” (ÉPOCA, 03/03/2008, *O poder da tristeza*).

Até mesmo autores que propagandeavam a necessidade de ser feliz acima de tudo começavam a rever suas posições (anúncio de novo livro: *Repensando a Felicidade*) na passagem para o século XXI. Embora os estudos não neguem que as pessoas felizes sejam mais longevas, por apresentarem sistemas imunológicos mais fortes, e também “mais bem-sucedidas”, concluiu-se que “os extremamente felizes vivem menos que os moderadamente felizes, e são menos bem-sucedidos”. Em suma, chegamos ao ápice da temperança, até mesmo a felicidade em excesso faz mal, deve-se ser feliz moderadamente, pois “uma margem de insatisfação” pode evitar a “letargia”. É interessante pensar que esse preceito puritano de comedimento é comum também no conceito de equilíbrio das religiosidades orientais, especialmente do budismo, que recomenda sempre buscar o caminho do meio.

Conta a revista que, no final dos anos 1990, a corrente da felicidade tomou conta dos

EUA com “ativistas da psicologia positiva”, que pretendiam não apenas curar a mente, mas elevar o “bem-estar” da população. Profissionais de autoajuda e laboratórios trabalhavam para a felicidade geral. Contra a “indústria da felicidade”, os novos argumentos sugeriam que “a felicidade tem limites” e que “sem obstáculos, não há vitória”:

Desde os anos 90, isso se traduziu no mundo do trabalho em dois conceitos onipresentes. O primeiro é o combate à “zona de conforto”. Esta seria aquela situação em que o profissional está tão bem que não se sente desafiado a progredir. Daí, também, outro célebre jargão do mundo do trabalho: o de que as pessoas devem ser motivadas por desafios. O segundo é a ideia do “estresse positivo”. É um conceito que veio da medicina. Assim como descobriram que existe um colesterol bom e um colesterol ruim, os pesquisadores também identificam um estresse positivo – que leva à ação –, oposto do estresse negativo, que traz a apatia. Entre um e outro, em geral, a diferença é o tamanho do desafio, diante das condições para realizá-lo. (ÉPOCA, 03/03/2008, *O poder da tristeza*).

Ansiedade e fobias

A violência urbana como fator de estresse foi problematizada por ÉPOCA (05/01/2007, *Como a violência afeta a mente e a vida de todos nós*), porém, novamente, os assuntos sociais são apontados como algo externo que pode ser controlado pela percepção que se tem do fenômeno e de sua redimensionalização. Mesmo considerando o alto nível de violência das grandes cidades, as sugestões são o entendimento racional de “que o risco real da violência é muito menor que a sensação de insegurança” e a adoção de uma “postura mais otimista”. Conforme demonstrado em novos estudos, “o otimismo não é apenas efeito do bem-estar, mas também a causa” (ÉPOCA, 05/01/2007). Um psiquiatra diz: “Um corpo saudável dá a sensação de um melhor preparo e a ideia de que, se necessário, a pessoa possa se defender ou fugir do perigo”. Um dos benefícios oferecidos para convencer o leitor a aderir à disciplina corporal e mental é o melhor preparo, o aprimoramento da pessoa para enfrentar as adversidades do mundo. Aquele que adota a vida saudável adquire mais vitalidade e fica mais forte.

Como ser otimista em meio ao estresse? É preciso um esforço mental para romper o ciclo vicioso da angústia. A atividade física pode ajudar nisso (...) A descarga de tensão física e emocional depois de uma série de exercícios reduz imediatamente os níveis de estresse. Técnicas de relaxamento também podem trazer paz. Entre as mais indicadas estão meditação, ioga e massagens. Mas o mais vital é a atitude que se pode ter em relação à vida. A violência faz parte do cotidiano humano desde sempre. Pode diminuir. Tem de diminuir. Mas a paz de espírito só pode ser alcançada por quem entender que a vida é sujeita a mudanças bruscas, para o bem e para o mal. E que a ilusão de que podemos controlá-la é não mais que isso: uma ilusão (ÉPOCA, 05/01/2007, *Como a violência afeta a mente e a vida de todos nós*).

Segundo VEJA (21/02/2001, *Fobias e pânico*: por que tantas pessoas sofrem e qual o tratamento), o medo patológico que tortura milhões de brasileiros caracteriza-se por uma “aflição desmedida”, “sem causa objetiva ou base na realidade”. A fobia é um medo irracional, desproporcional, que interfere nas atividades cotidianas e dispara reações físicas violentas (VEJA, 05/11/2003, *O medo exagerado e as técnicas para combater o pânico*). Ora manifesta-se como pavor infundado (de animais, escuridão, água, elevador, avião), ora como medo de falar em público (fobia social), mas quando causa reações fisiológicas radicais pode comprometer a saúde. O pânico é “incapacitante” e pode causar infarto; “as fobias e o pânico são altamente limitantes e quase sempre expõem a vexames de toda ordem”; “a fobia social grave, por seu turno, transforma o cotidiano em um pesadelo”. Porém, as fobias não são consideradas doenças nem características estruturais da personalidade; estão relacionadas à ansiedade, à depressão e à angústia decorrentes da modernidade e, por isso, podem ser controladas com novas terapias e tratamentos medicamentosos. Como de costume, VEJA reforça a utilização de medicamentos, apresentando uma lista deles. Inicialmente, o tratamento era feito à base de antidepressivos que agiam no cérebro todo (*Anafranil* e *Tofranil*); depois, partiu-se para a ação específica na produção de serotonina com *Prozac* e similares, “anunciados como a conquista da felicidade suprema”; os remédios de última geração têm dupla ação e obtém ainda melhores resultados (*Luvax*, o *Serzone* e o *Efexor*), conforme a reportagem.

De acordo com VEJA, na Europa a psicanálise tem mais força, mas, nos EUA, pesquisam-se quais áreas do cérebro são afetadas pelo medo para produzir medicamentos que atuem nos distúrbios fóbicos. “Para quem se inclina mais para um tratamento profundo, como a psicanálise, é bom saber que ela costuma ser longa e cara” e o fóbico quer “curar-se ou atenuar seus sintomas rapidamente”, argumenta a revista (VEJA, 21/02/2001, *Fobias e pânico*). Nesse caso, as novas terapias “de choque”, basicamente a terapia cognitiva comportamental e a psicologia positiva, vão “direto ao ponto”, com um método que “treina” para o enfrentamento dos medos, propiciando progressos expressivos após poucos meses.

Pode-se dizer que a reportagem de VEJA (05/11/2003, *O medo exagerado e as técnicas para combater o pânico*) não é exatamente sobre o medo, mas sobre a terapia cognitiva comportamental, bastante elogiada, uma vez que a jornalista que a escreveu se submeteu ao tratamento para controlar seu medo de viajar de avião. A terapia cognitiva é um descondicionamento, um “convencimento racional de que o medo é infundado”, que resolve 80% dos casos.

A psicanálise, contudo, não é um tratamento de sucesso garantido – nem de casos de fobia nem de outros problemas. Os próprios psicanalistas reconhecem isso. Além do mais, o método criado por Freud requer um paciente disposto a aventurar-se pelos abismos e desvãos de sua história pessoal. Ele não pode ter pressa de curar-se e tem de ser dono de uma conta bancária razoavelmente polpuda, pois sessões de psicanálise costumam ser caras.

(...)Uma terapia breve, como a cognitiva comportamental, não é uma viagem de autoconhecimento, como a psicanálise. Para tratar uma fobia, o terapeuta não se preocupa em saber qual seria a origem do distúrbio. Seu objetivo é apenas cancelar a cadeia de reações físico-mentais que detonam o medo. (...) Uma de suas maiores vantagens é ser curta: para controlar fobias, bastam, em média, doze sessões de 45 minutos cada uma, uma vez por semana. (VEJA, 05/11/2003 *O medo exagerado e as técnicas para combater o pânico*).

Assim como o estresse e a depressão, as fobias são localizadas nas amígdalas; são medos ancestrais cuja expressão biológica não tem mais razão de ser. Fica a impressão que o cérebro do fóxico, embora não seja doente, apresenta um aspecto primitivo que deve ser corrigido.

Hoje se sabe que as amígdalas, estruturas cerebrais localizadas na região das têmporas, têm a função de identificar situações de perigo e enviar ao hipotálamo, local de controle do metabolismo, o sinal para que certas reações sejam deflagradas. As amígdalas reconhecem uma ameaça porque são alimentadas pelo sistema límbico, a parte mais primitiva do cérebro, que constitui uma espécie de banco de memória do medo. É no sistema límbico que estão armazenadas as informações que remetem a temores ancestrais, como os de animais ferozes, fogo ou escuridão. Além disso, o sistema límbico registra dados que se referem a experiências em que o medo foi adquirido por aprendizado ou por trauma. De acordo com pesquisas recentes, os fóxicos apresentariam uma hiperatividade nessa região. (VEJA, 21/02/2001, *Fobias e pânico*).

Graças a ele [o medo], nossos ancestrais escaparam de ataques de animais ferozes e de outras ameaças naturais. Mas, por motivos diversos, muitos dos quais ainda não totalmente esclarecidos pela ciência, algumas pessoas apresentam um medo patológico em relação a situações que estão longe de representar uma ameaça real. (VEJA, 05/11/2003 *O medo exagerado e as técnicas para combater o pânico*).

ISTOÉ (25/08/2004 *Síndrome do pânico*) aborda a síndrome do pânico, uma ansiedade devastadora, cuja crise pode ocorrer em casa, na rua, no trabalho, isolando a pessoa pelo medo paralisante. “Felizmente, a ciência tem feito um grande esforço para trazer alívio a essas pessoas” – seu portador já não precisa ser excluído da sociedade, pois foram desvendadas “as mudanças na química cerebral”, “relacionadas à deficiência de serotonina”, bem como as áreas cerebrais envolvidas. Segundo psiquiatra consultado, pessoas com algumas características de personalidade são mais propensas: “Muitos pacientes são altruístas, perfeccionistas, têm dificuldades para dizer não e são muito exigentes consigo”. Aqui também, como em VEJA, os tratamentos com antidepressivos e as técnicas de relaxamento, respiração profunda, visualização e terapias cognitivas são sugeridos, além de exercícios físicos e esportes para ajudar a manter o controle.

A terapia adotada é a cognitiva comportamental. No treinamento, o portador é exposto gradativamente aos gatilhos das crises para aprender a lidar com eles. Se tem medo de sair de casa, por exemplo, deve se imaginar fazendo isso. O passo seguinte é estimulá-lo a chegar até a porta e assim por diante. Com o tempo, as doses dos remédios diminuem e as sessões de terapia também. (...) Há pacientes que se livram dos remédios e da terapia. Porém, isso só é possível quando se consegue detectar as situações de risco e ter autocontrole. (ISTOÉ, 25/08/2004, *Síndrome do pânico*).

A ansiedade é “uma ferramenta de sobrevivência, acionada em momentos que envolvem alguma tensão”, mas se não some logo se transforma em doença crônica. O indicador de patologia é sua interferência nas relações sociais, o prejuízo nos relacionamentos afetivos, a perturbação do desempenho profissional ou o acarretamento de sintomas físicos, impedindo o cumprimento de tarefas diárias. Uma das maneiras de medir a patologia é comparar suas reações com a de outras pessoas, verificando se são desproporcionais, conforme ISTOÉ (29/07/2009, *Os perigos da ansiedade*). As manifestações mais frequentes da ansiedade generalizada são fobias, pânico, estresse e transtornos obsessivo-compulsivos. O principal sintoma é a “preocupação excessiva e sem motivo real”. A reportagem enfatiza os danos financeiros da ansiedade para a área da saúde, uma vez que os ansiosos procuram o médico cinco vezes mais. Alguns distúrbios orgânicos são causados ou agravados pela ansiedade: insônia, depressão, abuso de álcool e drogas, hipertensão, rinite, asma, falta de ar, bruxismo, diabetes, cefaleias, problemas de tireoide, alergias, problemas gastrointestinais e de pele. “Quem vem de uma estrutura familiar com casos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias químicas tem mais chances de apresentar um transtorno ansioso”, afirmou neurocientista que coordenou pesquisa com 981 pessoas. “Podemos usar esses dados para identificar aqueles que necessitam de intervenção precoce e até de tratamento mais agressivo”, dizia ele.

Se for uma ansiedade “leve e passageira”, pode ser atenuada com “ajustes na rotina”, incluindo exercícios físicos e técnicas corporais mais suaves como ioga, alongamentos e caminhadas, que controlam os sintomas e proporcionam alívio. Para a ansiedade “moderada ou intensa”, além da mudança no estilo de vida é necessário tomar medicamentos por “tempo indeterminado porque o problema já se tornou crônico”.

O tratamento da ansiedade deve avançar ainda mais por causa das pesquisas sobre as origens do problema no cérebro. Equipes da Universidade de Maddison-Wisconsin (EUA), por exemplo, conseguiram determinar qual é o circuito neural ativado quando há preocupação constante. Pessoas com elevado nível de atividade em uma área do cérebro relacionada às emoções, à amígdala, exageram na antecipação de eventos negativos. Exames de ressonância magnética foram usados para ver em tempo real as reações cerebrais.

(...) O que se almeja é que achados como esses possibilitem a criação de novas terapias. Hoje, a maioria dos remédios usados contra o distúrbio atua no alívio sintomático e pouca ação desempenha sobre os disparadores do problema. Estudos recentes estão mostrando a eficácia

da aplicação, contra a ansiedade, de substâncias prescritas para outras finalidades. O *propanolol*, usado no controle da pressão alta, tem sido indicado para quem possui um distúrbio ansioso chamado fobia social. Elas apresentam crises quando são confrontadas com situações que deflagram os sintomas, como fazer um discurso em uma sala lotada. O emprego da droga poucas horas antes da situação que causa a fobia pode bloquear os sintomas. Conhecer os mecanismos da ansiedade no corpo é o caminho para aliviar o sofrimento de milhões de pessoas. (ISTOÉ, 29/07/2009, *Os perigos da ansiedade*).

Novamente a hipótese evolucionista é lembrada em VEJA (05/05/2004, *Quando as manias viram doenças*), para falar dos Transtornos de Obsessividade e Compulsão (TOC) como um aprisionamento da mente que causa sofrimento e deve ser tratado.

As manias são uma espécie de atavismo. Sob a ótica das teorias evolucionistas, algumas delas foram essenciais para o desenvolvimento e a preservação da espécie humana. De nossos antepassados longínquos, sobreviveram os mais prudentes e precavidos – justamente os ‘maníacos’ por estocar alimentos, zelar pela prole e evitar as ameaças naturais. Ter uma ou outra mania, portanto, está dentro do quadro de normalidade. Elas nos tranquilizam em relação a perigos, ajudam a organizar a rotina e até a passar o tempo. Por diversos motivos, muitos dos quais ainda não totalmente esclarecidos pela ciência, as manias podem, no entanto, se transformar em doença (VEJA, 05/05/2004, *Quando as manias viram doenças*).

Em 2004, eram quase 7 milhões de vítimas de TOC no Brasil, atingindo a todos igualmente, segundo VEJA: “ricos e pobres”, “homens e mulheres”. São comportamentos repetitivos ou rituais compulsivos provocados pela invasão de pensamentos recorrentes na mente, causados pelo medo, angústia e pela falta de autoestima, normalmente acompanhados de depressão, dependência de álcool e outras fobias. “Os obsessivo-compulsivos têm consciência de que seus pensamentos e atitudes são completamente ilógicos”, mas “não conseguem se livrar da condenação imposta por suas mentes”. “Não bastasse a angústia provocada pela doença em si, o TOC faz com que o paciente carregue o peso da vergonha”. O principal tratamento recomendado é o uso de antidepressivos da família do *Prozac*, que suprem de serotonina o cérebro, uma vez que “graças ao desenvolvimento” de tecnologias que registram imagens cerebrais, se descobriram áreas localizadas para as obsessões e as compulsões. “A boa notícia é que a ciência hoje consegue manter o TOC sob controle. Ninguém mais está condenado a viver refém da própria mente”. Combinados com terapias breves, os medicamentos resolveriam a maioria dos distúrbios.

A terapia mais utilizada é a comportamental-cognitiva, em que o terapeuta tenta convencer o doente de que suas preocupações são infundadas. Para isso, ele não só usa argumentos lógicos, como expõe o paciente ao objeto de suas aflições. Os primeiros sinais de melhora começam a surgir entre duas e quatro semanas após o início do tratamento. A medicação é mantida por, ao menos, um ano. O objetivo é diminuir os riscos de recaída. (VEJA, 05/05/2004, *Quando as manias viram doenças*).

A timidez não é considerada um fenômeno biológico, como são o estresse e a depressão, mas em excesso é considerada patológica, sobretudo nos dias de hoje, quando a exigência de exposição em público é grande (VEJA, 26/05/1999 *A vitória contra a timidez*). A pessoa tímida é caracterizada como fracassada, alguém sem voz e sem iniciativa, que chega a submeter-se a salários mais baixos e está fadada ao ostracismo. É preciso vencer a timidez e empenhar-se em ser sociável; o problema do tímido é a “falta de coragem”. A transformação da pessoa em alguém extrovertido é apresentada pelas revistas como suprema vitória. A questão principal parece ser a insegurança crônica. O tímido é apresentado como perdedor: “o tímido vive perdendo, de oportunidades a dinheiro”¹²⁰.

Os tempos estão ruins para os tímidos, a começar pelo trabalho. As empresas esperam que cada funcionário seja um vendedor de ideias desinibido. E querem que ele participe de tarefas em grupo, se possível, que as lidere. Na escola, o acanhado também leva a pior. Pela moderna cartilha pedagógica, os estudantes devem fazer apresentações públicas de seus trabalhos e discutir as contribuições dos colegas. (...) a vida pode ser dura para a pessoa que se preocupa demais com a opinião dos outros. Veja um inibido no momento do suplício, quando ele precisa falar em público ou está tentando insinuar-se numa paquera. Que tragédia. (...) “As empresas querem cada vez mais profissionais que, além de ter boa formação, sejam também autoconfiantes, animados e positivos”, diz presidente do Grupo Catho, empresa de recrutamento e seleção de executivos. Além de ser competente, o candidato deve ter boas ideias e ser articulado para apresentá-las. (VEJA, 26/05/1999, *A vitória contra a timidez*).

A “boa notícia” (de sempre) é que a timidez não é imutável, não é uma doença nem uma característica biológica. É fruto de ansiedade em relação ao olhar externo, uma espécie de “medo do outro”, aliás, nome de um livro mencionado na reportagem. A pessoa ansiosa deve ser tratada, no caso de a timidez atrapalhar sua vida cotidiana e os negócios. Para isso, um novo mercado de “especialistas em inibição” surgiu nas últimas décadas para ajudar “a recuperação da autoestima”. Mais do que falta de coragem, o problema está na falta de autoconfiança e de amor por si mesmo. Caso a timidez seja aguda, pode se tornar doença (fobia social) e exigir tratamentos fármaco-químicos. *Aropax* ou *Luvor* ajudam, mas “bastam algumas regras básicas de autoajuda, como respirar fundo, relaxar e aprender técnicas de meditação que ajudem a limpar a mente de pensamentos negativos”. A patologia das emoções é sempre identificada a partir do momento que interfere no convívio social e no desempenho profissional.

ÉPOCA (04/06/2007, Ed. 472, seção psicologia, *Timidez tem cura*) segue a mesma linha de VEJA, mostrando como “é possível superar a insegurança e a ansiedade”. Afinal, o tímido sai perdendo em prazer, enquanto o extrovertido é sempre convidado para uma festa,

¹²⁰ Os exemplos positivos foram personalizados em uma modelo e um empresário, que venceram a timidez com cursos e treinamento em teatro, enquanto a secretária tímida, exemplo negativo, não consegue subir na vida.

faz novos amigos, é mais fascinante e “sua rede de amizades já lhe rendeu três casamentos e uma coleção de histórias hilariantes”. Para ser um vencedor, o tímido pode aprender “técnicas específicas, coisas como usar a linguagem do corpo, dispor-se a conversar com gente nova e concentrar-se no assunto em vez de se preocupar com o que os outros estão pensando”. A questão evolutiva também é assinalada: “Nosso corpo é uma máquina bem calibrada, mas os sinais que ele nos envia estão em sintonia com a Idade da Pedra”. Segundo professor americano, “rejeição ou ostracismo provavelmente significavam morte” em sociedades arcaicas de caça e “evoluímos com uma suscetibilidade muito grande tanto à aceitação quanto à condenação social”. Procuram-se explicações biológicas, com a certeza de que as características de insegurança podem ser alteradas pelo empenho em se arriscar mais, ser mais agradável e aprender a habilidade de manter a calma.

Novos estudos mostram que algumas pessoas tímidas têm um gene que influi no fluxo do hormônio serotonina, tornando-as mais reativas ao estresse. Isso pode explicar por que antes de um acontecimento importante algumas pessoas, ao entrar em estado de alerta, reagem com ansiedade, enquanto outras mantêm a calma. Tudo isso sugere que a timidez pode ser uma característica da personalidade que não se pode mudar. Mas não é bem assim. Mesmo que a timidez tenha um componente genético e as pessoas tímidas jamais consigam eliminar a ansiedade, há estratégias comprovadas que ajudam qualquer um a melhorar. (ÉPOCA, 04/06/2007, *Timidez tem cura*)

A condenação à timidez foi revisada recentemente por novas pesquisas, apresentadas em ÉPOCA (20/02/2012, *A vingança dos tímidos*). Agora a timidez pode ser utilizada para maximizar os potenciais profissionais, pois se demonstrou “que os introvertidos podem ser mais concentrados, mais criativos - e mais bem-sucedidos”, por serem cautelosos e mais dedicados. Como é bastante comum, quase regra nas revistas, um novo livro americano (*Quietos: o poder dos introvertidos em um mundo que não para de falar*) seria lançado no Brasil, contrariando estudos anteriores sobre a timidez. A timidez é temor de “passar vexame, cometer erros ou não encontrar as palavras adequadas”, enquanto introversão diz respeito à preferência por solidão para melhor produzir. Os introvertidos gastam menos horas em conversas e ganham tempo para se informar e aprender. A introversão é valorizada, a timidez não tanto. Mas o tímido pode administrar suas emoções para obter sucesso profissional. Não faltam livros e terapias para ensinar a modificar a timidez.

A insegurança leva o introvertido a esforçar-se de maneira redobrada para sair-se bem e pode ser útil no mundo profissional, pois leva à qualidade superior de trabalho para compensar a incompetência em se vender, conforme narrou um ex-tímido. Outra vantagem é que “o isolamento, ao contrário do que diz o senso comum, estimula a criatividade” (ÉPOCA, 20/02/2012, *A vitória dos tímidos*) dizem estudiosos americanos, que examinaram imagens

cerebrais de introvertidos. Outros pesquisadores concluíram que arquitetos, engenheiros, escritores e cientistas de relevância tinham comportamento introvertido. Ademais, refutando reportagens anteriores, essa notícia diz que os tímidos perdem menos dinheiro por serem mais inseguros, assim arriscam menos. Apesar disso, especialistas em recursos humanos garantem que “se a pessoa não se expõe, não consegue mostrar seu potencial”. “A boa notícia é que as empresas acordaram para o fato de que, submetendo os tímidos e os introvertidos ao que para eles é constrangimento, podem perder alguns de seus profissionais mais talentosos” (ÉPOCA, 20/02/2012, *A vitória dos tímidos*).

O corpo é reflexo da mente: disposição mental e autoperfeiçoamento emocional

Em 2003, VEJA finalmente se rendeu à autocura pela mente (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*); afinal, agora “está provado” que “o corpo é o espelho da mente”, que técnicas antes consideradas alternativas como meditação, ioga e técnicas de relaxamento previnem e ajudam, sim, a curar doenças (distúrbios cardíacos, ansiedade, infertilidade, enxaqueca). A reportagem, que poderia perfeitamente estar nas páginas da revista *Planeta*, especializada em espiritualidade, é aberta com versos hippies que, segundo VEJA, hoje caberiam num relatório médico: “tudo é uma questão de manter a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranquilo”. Pesquisas recentes respaldam as crenças orientais divulgadas pelos hippies: “uma mente apaziguada ajuda a prevenir doenças, acelera a recuperação física e até cura”. “Pensamentos e sentimentos negativos”, ao contrário:

contribuem para o surgimento de moléstias e atrapalham o restabelecimento de um doente. Rancor, hostilidade, ressentimento e angústia podem estar na origem de distúrbios cardíacos, hipertensão, depressão, ansiedade, insônia, enxaqueca e infertilidade. Além disso, o peso dos sentimentos ruins debilita o sistema imunológico, fazendo com que o organismo se torne um alvo fácil de infecções, alergias e doenças autoimunes, como a artrite reumatoide. A partir dessa constatação, os pesquisadores resolveram examinar a fundo métodos de aprimoramento mental que, há pouco mais de duas décadas, vinham embalados numa aura de puro misticismo. Ioga, meditação e relaxamento viraram objeto de inúmeros estudos a respeito de sua eficácia terapêutica. As conclusões, até o momento, são bastante positivas. (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*).

A referência para os estudos da relação entre o corpo e a mente é o cardiologista americano Herbert Benson, da Universidade Harvard, autor do livro *Medicina Espiritual*. Segundo suas pesquisas, “60% das consultas médicas poderiam ser evitadas, caso as pessoas usassem sua capacidade mental para combater naturalmente tensões que são causadoras de problemas físicos”. Aqueles que meditaram diariamente durante cinco anos, “de maneira disciplinada”, tiveram “recuperação superior às do grupo de doentes que não levavam a sério

a prescrição”. Para Herbert Benson, a longevidade e o bem-estar das pessoas estão baseados num tripé:

remédios (não há substituto para a penicilina, por exemplo), cirurgias (a única saída para uma grande quantidade de problemas) e os cuidados pessoais (que incluem exercícios para o corpo e para a mente). Ou seja, a medicina preventiva agora prescrevia não só dieta e ginástica, como também o cultivo das emoções e dos pensamentos positivos. *Namastê*. (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*).

Uma interessante reportagem de ÉPOCA (02/03/2007, *Paz interior: Aprenda a respirar num mundo irrespirável*) indicava o papel do autocuidado mental e emocional para a saúde biológica.

Quando buscamos a paz interior - o equilíbrio -, em geral contribuímos para um mundo melhor. E também cuidamos da própria saúde. (...) Há muito tempo se sabe que pensamentos e sentimentos podem afetar a saúde. Mas a ciência do século XXI revela que ansiedade, medo ou otimismo não são apenas sentimentos. São estados fisiológicos capazes de afetar a saúde, tanto quanto a obesidade ou a prática de exercícios físicos. (...) Esse é o foco de interesse da medicina mente-corpo, uma área desbravada nos anos 70 pelo americano Herbert Benson, fundador do Instituto de Medicina Mente (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*).

Segunda as pesquisas apresentadas nas revistas, as emoções são biológicas e os “mecanismos químicos que levam ao bem-estar” podem ser medidos de “forma objetiva”, “pela ressonância magnética”, que explicita as regiões cerebrais afetadas pelos sentimentos. Pode-se “fazer o bem”, relaxar, ter experiências sensoriais, sensuais ou até mesmo religiosas, vale qualquer atividade que traga paz, prazer e reforce os ânimos, conforme a reportagem.

Buscar o relaxamento. Não importa a ferramenta utilizada para chegar até ele. O que importa é relaxar, se equilibrar, estar em paz. (...) Há vários caminhos recomendados para atingir esse estado: técnicas de relaxamento, meditação, respiração (leia a receita prática da psicóloga e monja iogue). Convívio social, religiosidade e altruísmo também funcionam para algumas pessoas. O desafio de cada um é encontrar sua válvula de escape. O mais pesquisado nos últimos anos tem sido a meditação. Os mais respeitados centros de estudo do mundo avaliam seus efeitos sobre a saúde. As pesquisas já comprovaram que a prática aumenta a produção de endorfinas (hormônios que reduzem o estresse e auxiliam no combate a dores). E isso promove uma sensação de bem-estar com repercussões fisiológicas e psicológicas. (...) A meditação reduz a ansiedade, ajuda no combate à depressão e melhora os níveis de atenção, segundo pesquisas (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*).

A psicologia positiva, segundo VEJA (17/09/2003, *Equilíbrio mental*) é o “cruzamento perfeito entre a pesquisa universitária profunda e a autoajuda”. Cada vez mais respeitada, inova com técnicas de treinamento e aprendizado para “vencer a timidez, o pessimismo, a insegurança e outros traços negativos da personalidade”, tais como “a teimosia, a dificuldade de concentração e de relacionamento, o temperamento explosivo, a impaciência,

a frieza emotiva e o pessimismo”¹²¹. Ao contrário da psicanálise, a psicologia positiva propõe a cura para a personalidade neurótica. Martin Seligman, criador da psicologia positiva diz o que pode ou não de ser transformado. Entre as características imutáveis estão “a incapacidade de seguir uma dieta alimentar diferente”, o que explicaria o fracasso dos regimes, e “a recuperação do alcoolismo”, possível somente em processo longo. Em compensação, a timidez, o mau humor, o pessimismo, a depressão e as disfunções sexuais podem ser “curados” (VEJA, 17/09/2003, *Equilíbrio mental*).

Freud escreveu claramente que buscar o estado constante de saúde mental era “um ideal fictício”. Todas as mulheres e homens, dizia Freud, nascem ou se tornam mentalmente imperfeitos. As pessoas viriam ao mundo com uma espécie de pecado original psicológico e seria tão vital quanto inútil lutar para se livrar dessa marca de nascença. (...) Não apenas porque os traços negativos podem ser atenuados, mas porque, em geral, há muita coisa para ser mudada: “Os estudos mostram que 75% dos profissionais têm traços de caráter e de personalidade que dificultam o exercício de todo seu potencial pessoal na família e na empresa”. A questão, portanto, não é negar a conclusão de Freud de que todo mundo é neurótico. A questão a que se propõem os novos doutores da alma é não se deixar paralisar por essa conclusão do fundador da psicanálise, e sim usá-la de modo mais produtivo. (...) E qual a boa notícia? A boa notícia, de acordo com pensadores da linha da psicologia positiva, é que os traços de personalidade mais associados com uma vida harmoniosa podem ser desenvolvidos pela aprendizagem. (VEJA, 17/09/2003, *Equilíbrio mental*).

Num raro momento de clareza, comenta-se que as diferenças culturais pesam no modo de ser dos indivíduos, mas conclui-se que se as técnicas não transformam o comportamento, ao menos servem para demonstrar, quando necessário, certo domínio de si. O entrelaçamento bem-sucedido entre a ciência e a autoajuda é saudado por que ambos concordam que é possível “corrigir os traços da personalidade que incomodam seus donos, atrapalham seu desempenho no trabalho e tornam menos recompensadora sua vida social”. Tanto a ciência quanto a literatura de autoajuda se opõem ao pessimismo psicanalítico, professando a ampliação das potencialidades humanas. A ciência adentrou um campo antes restrito à autoajuda e resolveu investigar a felicidade e seus efeitos na saúde, dizia a revista. Os cientistas (chamados “o quarteto da felicidade”) pretendem descobrir “leis do comportamento psicológico humano que um dia vão ajudar as pessoas a controlar de modo mais racional suas atitudes diante das tragédias pessoais e também dos grandes momentos de satisfação”. Mais uma vez a ancestralidade evolutiva é invocada como explicação para as emoções negativas, no caso a infelicidade. Segundo o cientista consultado: “No fundo, estamos nos defendendo

¹²¹ ISTOÉ, por sua vez, reforçava o efeito benéfico da psicologia positiva para a saúde e felicidade. “Uma tendência atual é a chamada ‘psicologia positiva’, que valoriza os talentos e as qualidades de cada um em vez das fraquezas. As pessoas em paz buscam crescimento pessoal, julgam a si e seus talentos sem se comparar com os outros. O resto é uma questão de respeitar – e valorizar – as diferenças”. (ISTOÉ, 28/09/2005, *É possível ser feliz*).

de medos ancestrais e buscando objetivos sem saber exatamente por que”, “por alguma razão evolutiva, o ser humano não sabe a capacidade de adaptação que possui e que lhe permite, por exemplo, viver com razoável conforto e paz de espírito mesmo se perder a visão ou a fala ou não puder mais andar” (VEJA, 17/09/2003, *Equilíbrio mental*).

O equilíbrio mental é uma conquista que depende do sujeito. Segundo o editor do *American Journal of Psychiatry*, a psiquiatria deslocou a questão da “doença” mental para a “saúde” mental. Ele define o que é ser mentalmente saudável: estar em paz com a própria identidade e sentimentos, orientar-se para o futuro e ser capaz de manter-se produtivo; ter disposição mental para conviver bem com o estresse; perceber a realidade sem distorções e ainda manter a empatia com as pessoas; ser capaz de trabalhar, de amar, de divertir-se e, ao mesmo tempo, continuar sendo uma pessoa eficiente na resolução de problemas¹²².

Numa das reportagens de ÉPOCA, eram explicadas as revisões mais recentes da psicologia positiva sobre a felicidade, definitivamente ligada ao modo otimista de encarar a realidade, mas agora traduzida para bem-estar, que pode ser adquirido com o “florescimento” dos potenciais humanos: “Na teoria do bem-estar, ou do florescimento, quem não é ‘para cima’ pode compensar adicionando propósito e engajamento à própria vida. Por esse raciocínio, nem todo mundo conseguiria ser exatamente feliz, mas todos podem viver bem” (ÉPOCA, 21/05/2011, *O mito da felicidade*). Seligman afirma que o otimismo é “o traço mais importante da personalidade”: “Os otimistas são mais esperançosos, resilientes, saudáveis e têm um desempenho melhor do que o esperado no trabalho, na escola, nas relações” (ÉPOCA, 21/05/2011, *O mito da felicidade*).

O tema da espiritualidade por motivo de saúde emerge em meados da década de 2000, dentro da perspectiva de resiliência nas situações adversas e de desenvolvimento de um suporte psíquico que contorne os distúrbios emocionais e dependências químicas. Mesmo em VEJA, que até o final do século XX atacava as terapias orientais e a autoajuda como esoterismo, as tecnologias de “empoderamento” do *Eu* eram saudadas como solução para todos os tipos de problema: saúde, profissionais, financeiros e psicológicos. De acordo com ISTOÉ (01/06/2005, *A medicina da alma*), “Os cientistas já admitem que as práticas

¹²² O ideal de superindivíduo que se espera atingir é extraído de pesquisa com pilotos que se aventuram mais, porém se acidentam menos que a média: “capazes de trabalhar em estreita convivência com outras pessoas durante um tempo longo em espaços exíguos, mas que em situação contrária, de isolamento extremo e prolongado, não têm afetados o desempenho e o humor; confiam nos outros e nunca reclamam de desconforto; emoções fortes, positivas ou negativas produzem neles reações vigorosas, mas não paralisantes; nunca tomam a iniciativa de falar de suas emoções mais íntimas, porém não se furtam a falar delas quando provocados; sabem avaliar o estado de espírito das pessoas que os cercam; são ao mesmo tempo agressivos e cuidadosos”. (VEJA, 17/09/2003, *Equilíbrio mental*).

espirituais fazem bem à saúde”. A explicação reside na maior moderação e autocuidado com a saúde que a religiosidade parece estimular.

Não importa o nome do deus ou se há deus. O fato é que a medicina começa a incluir cada vez mais em suas práticas o instrumento da espiritualidade no cuidado com os pacientes. Isso significa usar a favor do doente sua crença em uma religião ou sua busca de aprimoramento espiritual por meio de outros caminhos que não os religiosos. O tema, que sempre incomodou os homens da ciência, também começa a ganhar destaque na literatura científica, em eventos médicos e nas escolas de medicina. (ISTOÉ, 01/06/2005, *A medicina da alma*).

O título interno da reportagem de VEJA (25/08/2004, *Poder interior*: meditar, desenvolver espiritualidade, aprimorar o senso estético, ler por prazer, aderir a boas causas; os caminhos para construir uma sólida estrutura mental e emocional) sugeria o benefício do desenvolvimento de autocontrole emocional e do aperfeiçoamento da própria personalidade: “os donos de si, os caminhos para o aperfeiçoamento pessoal, que permite enfrentar – e vencer – com mais facilidade os obstáculos do dia-a-dia” (VEJA, 25/08/2004, *Poder interior*)¹²³. A questão discutida na reportagem é a importância de encontrar um sentido para a própria vida, seja na religiosidade, na leitura, arte, lazer, na vida familiar ou boas causas. Algo além do próprio indivíduo, que, entretanto, represente um “oásis interior” de afastamento do turbilhão da vida moderna para fortalecer um “*Eu* profundo” e aperfeiçoar a vida interior para a superação de limites.

Muitas vezes o aperfeiçoamento da vida interior se dá por meio da superação dos próprios limites. Um atleta olímpico que bate um recorde não ganha apenas uma medalha e a glória instantânea – ele também dá um passo à frente em sua realização pessoal. Empenho desse tipo permitiu que Beethoven, o maior compositor de todos os tempos, criasse algumas de suas maiores obras – inclusive a *Nona Sinfonia* – sendo completamente surdo. (...) A superação dos limites, físicos e espirituais, aliada à religiosidade profunda, foi a forma encontrada pelo frei espanhol João da Cruz (...) para criar uma blindagem que protegeu sua vida interior das agressões do mundo exterior. (VEJA, 25/08/2004, *Poder interior*).

Para que as pessoas não sejam engolidas pelo mundo moderno, é preciso que criem dentro de si uma espécie de zona de proteção. Nela, o mundo gira na velocidade que cada um escolhe, e não naquela que lhe é imposta pelo trabalho e pelas obrigações do dia-a-dia. Nessa zona de proteção, as pessoas podem fazer o que gostam e ser capazes de aperfeiçoar sua vida interior em todos os aspectos: mental, emocional, espiritual, intelectual e social. Assim, tornam-se seres melhores, mais felizes, mais preparados e aptos para a vida em família, em sociedade e no trabalho. (VEJA, 25/08/2004, *Poder interior*).

(...) Evidentemente, não é preciso escrever uma obra-prima para alcançar o aperfeiçoamento

¹²³ A imagem que ilustra a reportagem tem fundo de céu azul, mulher sentada em posição de lótus sustentando levemente a si mesma na palma da mão, reproduzida em escala infinita, denotando o processo eterno de aperfeiçoamento e ao mesmo tempo o possível domínio de si e do próprio futuro. Outra reportagem de VEJA (17/09/2003, *Equilíbrio mental*) apresentava uma imagem bastante eloquente da concepção de subjetividade psicológica contemporânea (Cf. Anexo IV, p. 322). Numa paisagem de lago ou mar com fundo montanhoso, a foto da cabeça de uma mulher com o corpo imerso na água e invisível na foto. O lugar do corpo é ocupado por um reflexo da cabeça aparente fora d'água. Ao mesmo tempo, o reflexo da cabeça na água dá a impressão de um *Eu interior* simétrico ao *Eu exterior*, como se a individualidade fosse dividida entre consciente e inconsciente.

pessoal. Esse é um processo que se desenvolve em várias frentes. Esta matéria dá destaque a caminhos viáveis para construir uma sólida estrutura mental e emocional interna. São atitudes como abraçar uma boa causa, aprimorar o prazer estético, investir na vida familiar, a leitura por prazer, o desenvolvimento da religiosidade, a adoção de passatempos e a prática da meditação. Foram selecionadas porque sobre elas concorda uma dúzia de especialistas entrevistados ou cujos livros foram lidos por repórteres de VEJA. Cabe a cada pessoa fazer um exame minucioso – e franco – dos aspectos de sua vida para avaliar quais merecem atenção especial por se encontrarem em situação insatisfatória. (VEJA, 25/08/2004, *Poder interior*).

Enquanto VEJA dava mais peso para as conexões entre mente e cérebro para efeito de saúde ou para explicar o sucesso do autocontrole na superação dos problemas, ÉPOCA e ISTOÉ, por sua vez, dedicaram várias capas ao tema otimismo, felicidade, bom-humor e fé¹²⁴. Mas VEJA endossava a necessidade de otimismo para a sobrevivência, apresentando pesquisa americana sobre emoções positivas e saúde orgânica, que acompanhou cerca de 700 freiras, acima de 75 anos, durante quinze anos (VEJA, 28/06/2006, *Corpo & mente: o real poder do cérebro sobre a saúde*). Aquelas que falavam de felicidade, amor e gratidão chegaram à velhice com mais saúde do que aquelas que falavam em tristeza, indecisão e vergonha. Haveria certo poder regenerador no modo de pensar, tal qual um efeito placebo ou de eficácia simbólica, mas que surtia resultado interessante para a saúde. Somente em 2006, VEJA legitimaria explicitamente a psicossomática (28/06/2006, *Corpo & mente: o real poder do cérebro sobre a saúde*): “A psique é tão importante quanto a genética e o estilo de vida no desenvolvimento e no tratamento das mais diversas doenças”.

As evidências físicas do entrelaçamento de mente e corpo são extraordinárias. (...) Ocorre que uma sobrecarga de emoções constantes ou de stress diário pode submeter o sistema de nervos a um ritmo de ajustes que ele não consegue acompanhar. Resultado: doenças digestivas provocadas por causas externas. Sabe-se também que diversas neuroses de baixa intensidade são acompanhadas de distúrbios físicos dos órgãos comandados pelos sistemas simpático e parassimpático (VEJA, 28/06/2006, *Corpo & mente*).

O reconhecimento da psicossomática¹²⁵ foi possível com a tomografia e o registro do cérebro em funcionamento, verificando-se que emoções e sensações são fenômenos físicos que ocorrem em determinadas regiões do cérebro. Num tópico intitulado “O ‘Eu interior’

¹²⁴ ÉPOCA, 28/12/2004, *100 dicas para ser mais feliz em 2005*; ÉPOCA, 27/12/2005, *Sorria!* (os caminhos da felicidade); ÉPOCA, 22/1/2007, *Felicidade: como a filosofia pode nos ajudar a viver melhor*; ÉPOCA, 05/3/2007, *Paz interior: como respirar num mundo irrespirável*; ÉPOCA, 24/12/2008, *A superação pela fé*; ÉPOCA, 21/3/2009, *A fé que faz bem à saúde*; ÉPOCA, 21/5/2011, *O mito da felicidade*; ISTOÉ, 18/4/2001, *A receita da felicidade*; ISTOÉ, 28/1/2004, *Felicidade*; ISTOÉ, 01/6/2005, *Fé faz bem para a saúde*; ISTOÉ, 28/9/2005, *É possível ser feliz*. Saiba o que a ciência descobriu sobre a alegria de viver; ISTOÉ, 30/7/2008, *6 caminhos para a felicidade: com o melhorar qualidade de vida*; ISTOÉ, 25/11/2009, *Qual o seu índice de felicidade?*

¹²⁵ Em dezembro de 2007, por exemplo, a revista VEJA noticiava (*As doenças da emoção*, 05/12/2007) que as doenças psicossomáticas afetam 20% da população mundial. Destes 40% têm depressão e 20% transtorno do pânico ou ansiedade. Já a revista ÉPOCA (*A raiva pode matar*, 12/08/2008) apresentava estudos sobre a relação entre certas emoções “negativas” e as doenças do coração, demonstrando como o temperamento pode interferir na longevidade.

apagado no laboratório”, VEJA (28/06/2006, *Corpo & mente*) afirmava que: “Para desilusão dos metafísicos, a ligação mente/corpo não é etérea, mas quase palpável”, “a autoconsciência”, “a individualidade, o dom de saber que você é você e o outro é o outro” se manifesta por ondas cerebrais. O “*Eu interior*”, “com toda a riqueza de amores, emoções e autoestima” pode ser “anulado por um mero impulso elétrico” (VEJA, 28/06/2006, *Corpo & mente*). Enquanto nas outras revistas, às vezes, abre-se espaço para a visão de um *Eu* mais psíquico que biológico, ainda que nelas a ênfase nas neurociências seja também acentuada, em VEJA fica muito mais clara a tendência de biologizar o *Eu*, mesmo quando a revista apela para a autoajuda. Segundo VEJA, “os cientistas acreditam que, num futuro não tão distante, será possível auscultar o cérebro para evitar que doenças atravessem a alma e desintegrem o corpo” (VEJA, 28/06/2006, *Corpo & mente*). Não há dúvidas de que “hormônios, moléculas e células de defesa podem sofrer influência direta da psique”, tendo sido comprovado que o sistema imunológico pode ser ensinado a regular-se (leia-se autocurar). Contudo, apesar do esforço de torná-las científicas, a linha que separa o placebo das práticas de autossugestão recomendadas pela psicologia positiva e terapia cognitiva comportamental é bastante tênue. Para as revistas, isso não é tão importante como o rápido resultado pragmático de autocontrole que essas técnicas possam proporcionar.

Entre as alternativas psicológicas que comprovadamente ajudam a evitar doenças e aceleram a recuperação física estão a psicanálise, a meditação e as terapias cognitivas comportamentais. Estas últimas sofreram impulso nos últimos anos, pelo fato de proporcionarem bem-estar de maneira rápida. O que importa, para seus seguidores, é ensinar o paciente a evitar a cadeia de reações emocionais que leva o corpo a responder com sintomas físicos. A meditação, por sua vez, visa a acalmar a mente das atribulações cotidianas (...) Nenhuma dessas duas técnicas, no entanto, age na raiz dos problemas psíquicos – ou seja, a história pessoal de cada um e os conflitos causados por ela. Esse papel cabe à psicanálise, que demanda tempo, disposição e dinheiro para que o paciente se aventure na tortuosa via do autoconhecimento. (VEJA, 28/06/2006, *Corpo & mente*).

Num outro tópico intitulado *A reinvenção de si próprio*, VEJA (17/09/2003) propõe a revisão das características psicológicas indesejadas (o autoaperfeiçoamento) e a transformação do leitor em uma nova pessoa, mais bem resolvida.

Durante décadas a medicina e a psicologia conspiraram para manter de pé a crença de que a personalidade das pessoas é imutável. Nos últimos anos descobertas fundamentais no campo da biologia e dos estudos da mente estão provando justamente o contrário: tanto o cérebro como a mente humana podem se rearranjar de maneira drástica. As pessoas podem se reinventar em qualquer estágio da vida. (...) Mesmo o dogma da psicologia freudiana segundo o qual os adultos carregam para sempre traumas vividos começa a ser repensado. (VEJA, 17/09/2003, *Equilíbrio mental*).

Nas três revistas encontram-se instruções precisas para que o leitor se transforme numa nova pessoa, tendo como referência o padrão de indivíduo ideal (e saudável), com

determinadas habilidades requisitadas pelo mercado profissional na nova cultura capitalista. A “repaginação”, como assinalou Prado (2007) é um tema frequente em diversas reportagens sobre bem-estar e beleza, que propõem quase sempre a modificação dos hábitos cotidianos como caminho para o aperfeiçoamento pessoal. ÉPOCA (24/11/2005, *O poder da mudança: a neurociência mostra que é possível – e nem tão difícil - dar um rumo diferente à sua vida*), por exemplo, afirmava que a mente é maleável durante toda a vida, por isso sempre é possível (e necessário, subentenda-se) mudar, assumir novos desafios e “abandonar vícios como comida, cigarro, drogas, consumo” para “viver de forma mais feliz”. Em mais uma propaganda de livro de autoajuda recém-lançado, ÉPOCA assinalava que a mudança depende da disposição da pessoa para alterar seus modelos mentais e encarar a realidade de uma maneira mais flexível e otimista.

O modelo de autoaperfeiçoamento da autoajuda substitui o modelo religioso e o modelo psicanalítico, “as obras de aprimoramento pessoal constituem um nicho de fortíssimo apelo”, dizia VEJA (13/11/2002, *Auto-ajuda que funciona*). Contudo, é perceptível a adesão das revistas ao ramo da autoajuda e à divulgação de suas práticas. Não por acaso, informações apresentadas por VEJA nessa reportagem apontavam que o perfil do público que procurava literatura de autoajuda era bastante parecido com o leitorado traçado pelas grandes revistas semanais em seus kits publicitários para anunciantes.

* gráficos retirados de VEJA, 13/11/2002, *Auto-ajuda que funciona*.

Insistimos aqui no argumento utilizado na análise da primeira fase de pesquisa sobre as revistas semanais (VEJA e ISTOÉ, 1995-1998). Paulatinamente, elas foram se inserindo como coadjuvantes no ramo da literatura de autoajuda, não somente divulgando os lançamentos do mercado editorial, mas também propagando um modo de ser e viver

individualista devotado à autorreflexão, ao investimento no próprio corpo e mente, ao empreendimento de si para ascensão pessoal e à transformação do indivíduo em alguém com mais valor de capital humano.

O ideal de conduta identificado nas revistas, como vimos, é bastante exigente, e provavelmente não será encontrado de maneira exata na realidade concreta do dia a dia, mas ele é ilustrativo da cobrança que assombra o indivíduo contemporâneo. De certo modo, continuamos, como nossos ancestrais, buscando meios de proteção contra as intempéries e doenças, para assegurar nossa força diante da morte. O potencial atribuído ao indivíduo para esse empreendimento é muito maior no contexto contemporâneo, pois já não depende de patuás, rezas, penitências nem graça divina, ainda que as atividades religiosas hoje sejam consideradas boas para a saúde. Fundamental é que cada um deve cuidar de si; por isso mesmo a carga individual se torna cada vez mais pesada.

Contudo, há de se ressaltar que a tendência de atribuir poder de cura à fé é bastante forte na maioria da população brasileira, de modo geral, talvez estimulada por um histórico religioso pluralista que desde sempre combinou catolicismo e magia. Pesquisa publicada em *ÉPOCA* (07/05/2012, *O poder da mente*), realizada pelo grupo *Euro RSCG Worldwide*, comparava a incidência de crenças no pensamento positivo e nos hábitos de autocuidado para preservação da saúde em 19 países com diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH). Conforme a reportagem, os países emergentes são mais otimistas:

Nem os genes nem o destino. As pessoas acreditam que os hábitos de vida são os responsáveis pela saúde do corpo e da mente. (...) Segundo os entrevistados, a alimentação equilibrada e o pensamento positivo são a chave para uma vida saudável. Eles avaliaram seu grau de satisfação em relação ao controle da saúde física e mental, do estresse, do peso e do nível de felicidade. Os países onde a população se avaliou melhor têm os menores índices sociais de desenvolvimento (o IDH). É o caso da Colômbia, do México, da Índia e do Brasil. “As nações emergentes são mais otimistas que os países ricos em relação a seu próprio futuro”, diz presidente da Euro RSCG de São Paulo. “Isso se deve ao avanço que eles percebem em relação à geração anterior.” (*ÉPOCA*, 07/05/2012, *O poder da mente*).

Se a pesquisa for levada a sério e esquecido o detalhe de que o número de seus entrevistados foi reduzido para uma análise de proporção mundial (7.213), além de não contemplar as diferenças sociais e culturais dentro de cada país, algumas informações merecem atenção, para além daquelas citadas pela revista, que exagera em suas conclusões. Os entrevistados brasileiros creem mais no poder do pensamento para a cura (80%) do que no poder medicinal da alimentação (65%)¹²⁶. Isso denotaria o peso das crenças mágicas para a

¹²⁶ Cerca de 80% dos entrevistados da Colômbia, África do Sul, Brasil e Índia concordam que “a força do pensamento pode curar”, bem acima da média mundial de 65% (EUA, Canadá, França, Reino Unido, China, México, por exemplo). Todavia, no que se refere à crença na importância da alimentação como remédio, o Brasil

cultura brasileira, uma vez que hábitos saudáveis ultradivulgados como a alimentação e os exercícios físicos não surtiriam o mesmo efeito de sedução sobre a população. Assim, em nosso país, a crença no potencial individual para evitar riscos de saúde teria identificação tanto com o pensamento mágico da autocura pela fé quanto com a ética dos hábitos virtuosos de autocontrole emocional e mental.

Ambas as direções reforçam a culpa pessoal dos doentes, por seus atos ou pensamentos que atrairiam a merecida desgraça. Adoecer é um atestado de incompetência pessoal para a vida. Não bastasse o fortuito alinhamento de crenças mágicas e religiosas com as orientações econômicas de individualização dos riscos, as teorias das neurociências reiteram o poder individual de autocura, sobretudo no modo simplificado com que os saberes neurocientíficos aparecem nas revistas, deslocando a função de cura da mente para o cérebro.

A responsabilidade individual prepondera na problematização sobre saúde em todas as instâncias sociais e parece ter adquirido, em nossa época, uma espécie de credibilidade absoluta que condena todos à prevenção. Assim, o estabelecimento de uma conduta de vida considerada correta, unanimemente, por critérios científicos, mágicos, religiosos, políticos e econômicos, não somente se tornou um dever moral, como por vezes ameaça tornar-se norma regulamentada institucionalmente, sobretudo pela possibilidade de aplicação empírica dos resultados dos estudos neurológicos sobre a relação entre o funcionamento cerebral e os comportamentos.

2.3. Tome meditação para todos os males

A revista ISTOÉ (09/09/1998, *Meditação*) foi a primeira a destacar a meditação em capa, anunciando que “ultrapassa as fronteiras do esoterismo e vira ferramenta para enfrentar as pressões da vida cotidiana”. A revista ensinava a usá-la como “força na crise” para “escapar do stress cotidiano, ganhar energia, melhorar sua concentração, tomar decisões difíceis”. Suas informações indicam que executivos dos laboratórios *Valda* meditavam, desde 1992, por meia hora num “ritual” diário. O papel da meditação, segundo ISTOÉ, é “melhorar a vida do executivo das grandes empresas, do funcionário público, do arquiteto e até daquele trabalhador que pega dois ônibus e metrô para chegar ao serviço às 7h”, além de ser “ferramenta útil nos consultórios de terapia”. Esse “precioso recurso” que reduz o estresse e “aumenta a energia” foi instituído nas empresas com o nome de “reengenharia do processo

está dentro da média de 65%, enquanto Colômbia, África do Sul e Índia estão bem acima (80%) e países mais ricos estão abaixo da média global: EUA (60%), Alemanha (55%), França (40%), Reino Unido (50%).

decisório e criativo”, com o objetivo de “fazer com que as pessoas olhem para si e tenham equilíbrio emocional para trabalhar melhor”. Segundo um diretor: “A meditação é uma alternativa simples para se atingir um alto grau de eficiência”. Corretores da bolsa de valores dão seu depoimento: “Medito para suportar a tensão da Bolsa, me manter equilibrado e trabalhar melhor”; “Antes de sair de casa me concentro e, sempre que posso, medito no próprio pregão. Fico em silêncio e imagino que estou numa floresta ou no mar”. “Meditar 20 minutos por dia é um investimento barato que traz benefícios a médio prazo”, dizia o corretor (ISTOÉ, 09/09/1998 *Meditação*).

Na mesma ocasião, em setembro de 1998, pequena notícia de VEJA (09/09/1998, *Spa mental*), falava dos benefícios da meditação descobertos pelos neurocientistas, relatando que os brasileiros estavam buscando mosteiros para fugir do estresse das metrópoles. A meditação ainda estava inserida dentro do âmbito religioso e de um estilo de vida de estratos sociais que podem pagar por turismo espiritual.

É cada vez maior o número de seitas orientais, igrejas cristãs e institutos não religiosos que praticam a meditação como técnica de relaxamento no país. A meditação é uma técnica desenvolvida há milhares de anos pelas religiões orientais. Mais tarde foi adotada também no Ocidente, onde era praticada em mosteiros e conventos durante a Idade Média. Ela consiste basicamente em se concentrar em algo repetitivo, que pode ser um mantra, uma oração ou um som. Alguns praticantes meditam simplesmente acompanhando o ritmo regular da respiração. É uma forma de esvaziar a mente das preocupações cotidianas. No caso das igrejas católicas, rezar um terço pode ter o mesmo efeito. Depois de alguns minutos, a repetição leva a um estado no qual a frequência das ondas cerebrais e dos batimentos cardíacos diminui. Os instrutores recomendam que o método seja praticado em lugares tranquilos, para evitar que a mente se distraia. Pessoas mais treinadas, porém, conseguem relaxar até mesmo dentro de um carro preso em um congestionamento. (VEJA, 09/09/1998, *SPA mental*).

Até 2003, VEJA ainda oscilava entre ceticismo e aceitação sobre a meditação e a ioga, condenando a empolgação com as práticas contemplativas orientais:

Hoje, quase tudo que remete ao Oriente, entendido como sinônimo de conhecimentos ocultos ou outro clichê, sabedoria milenar, tem público garantido, dos livros do Dalai Lama, monge dos monges do budismo tibetano, a estudos de neurocientistas sobre o efeito da meditação no cérebro. Por exigir disciplina, por ser obrigatoriamente lenta e concentrada, qualquer técnica de meditação virou uma espécie de panaceia para as neuroses e exigências da vida moderna. Policiais meditam para conviver com a violência, executivos meditam para enfrentar a competição e a pressa do dia-a-dia, estressados pagam para meditar em *spas* isolados. (VEJA, 19/11/2003, *Ioga: o exercício que traz força, flexibilidade e bem-estar*).

Por outro lado, em reportagem de alguns meses antes, no mesmo ano, para VEJA, principal opositora dos meios místicos entre as revistas, já não haveria “nada de transcendental” na meditação, pois “produz efeitos concretos no cérebro” (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*). “O corpo é o espelho da mente”, assim, “a medicina se rende a práticas

antes consideradas alternativas”, pois está “provado que meditação, ioga e técnicas de relaxamento previnem e ajudam a curar doenças”.

Na perspectiva desta tese, porém, se não há nada de metafísico também não há nada absolutamente digno de tanta atenção nesse fato tão alardeado pelas mídias, a não ser que, possivelmente, cientistas pouco rigorosos pretendem estabelecer suas próprias crenças e hábitos como verdades universais. Afinal, evidentemente, em qualquer ação, pensamento ou emoção o cérebro estará envolvido e sua imagem refletirá alguma diferença. Quem estabelece qual área está relacionada a sentimentos “positivos” ou “negativos” é o olhar do neurocientista: trata-se de fabricação de significados, não de uma verdade biológica. Inúmeras operações e conexões cerebrais terão os mesmos resultados em diferentes situações. É quase impossível separar a situação subjetiva daquele indivíduo ou até mesmo a crença de que aquela prática lhe fará bem. Não seria difícil que outras situações tivessem a mesma eficácia simbólica da meditação, para usar a clássica definição de Lévi-Strauss.

A meditação já não é transcendental, porém a reportagem de VEJA (28/05/2003, *A cura pela mente*) oferecia uma lição de autoaperfeiçoamento místico budista, apresentando uma “lista budista das aflições mentais”, com “as seis emoções negativas básicas que derivam outras” (e que, portanto, devem ser controladas) reproduzidas aqui: *apego excessivo* é a base da avareza e da autoestima exagerada, causa raiva ansiedade e obsessão; *raiva* é fonte de ressentimento, rancor, ciúmes e inveja, que obscurecem a mente e levam a atitudes intempestivas e equivocadas; *arrogância* impede de enxergar o próximo, gerando egoísmo e menosprezo por valores humanos essenciais; *ignorância* é a fé radical, que não é uma virtude - a falta de cultivo do espírito leva à cegueira em relação a si próprio e ao mundo; *dúvida* pode ser sadia e tornar a pessoa perspicaz, certa dose de ceticismo é necessária para ter progressão, mas dúvida permanente induz a erros na avaliação da realidade; *opiniões aflitivas* decorrem da incapacidade de ser flexível e mudar de ponto de vista, o que causa rigidez moral e dificulta o desenvolvimento pessoal (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*).

Os resultados das pesquisas de Herbert Benson, o especialista americano em integração corpo e mente já mencionado, levaram alguns estados dos EUA a implantar a meditação em serviços ambulatoriais e hospitais como *terapia complementar*. Em São Paulo, desde 2001, a meditação foi incluída em terapias para pacientes de cirurgias, hipertensão e dores crônicas no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. No hospital da UNIFESP a meditação é indicada para fibromialgia, dores lombares, fobias e transtornos obsessivo-compulsivos. A ioga e a meditação eram inicialmente “coisa de gente que buscava

no esoterismo oriental uma forma de escapar ao materialismo capitalista”, mas isso é uma ideia “ultrapassada”. A ioga, por exemplo, desde os anos 1990 é “uma forma de ginástica para pessoas que, integradíssimas ao materialismo capitalista, queriam apenas tonificar e alongar os músculos”. “Hoje, o que ocorre é o inverso do que se dava há trinta anos: muitos que escolheram praticar ioga como exercício físico vêm descobrindo que se trata de uma ótima forma de aprimorar-se mentalmente. Calcula-se que haja no Brasil 5 milhões de iogues” (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*). Além disso, assim como a meditação, a ioga fortalece o sistema imunológico:

Foi a demanda pela prática indiana que despertou nos pesquisadores o interesse em checar quais são exatamente os benefícios que a ioga traz. Descobriram que ela ajuda a diminuir o ritmo cardíaco, a regular o funcionamento do sistema respiratório, a reduzir a pressão sanguínea e os níveis de colesterol. Isso porque seus exercícios físico-mentais ativam a parte do sistema nervoso responsável pelo relaxamento. Ou seja, fazem um bem enorme para o coração e, não menos importante, para o que se convencionou chamar de alma – ansiosos e deprimidos encontram alívio em seus sintomas. Para não falar daquele efeito mais visível que é o de melhorar a postura, minorando as dores causadas por desvios de coluna. (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*).

Os médicos estão apenas recuperando a antiga tradição cristã “*mens sana in corpore sano*”, os cientistas estão estudando “o impacto da fé sobre a atividade mental”, dizia VEJA (28/05/2003) que afirmava a “estreita ligação entre pensamentos, emoções e saúde orgânica”. Um pesquisador monitorou, por meio de tomografias, “o momento exato em que monges budistas e freiras católicas mostravam estar em contato com o que consideravam uma esfera divina”. Constatou “uma desativação quase total da área do cérebro responsável pelo senso de orientação”, que “resulta na sensação prazerosa de que se está desligando do corpo físico”, comprovando materialmente “o nirvana budista” ou “os êxtases” católicos (VEJA, 28/05/2003, *A cura pela mente*).

As pesquisas demonstram, conforme as revistas, que a meditação permite relaxar oito vezes mais do que dormindo (surpreendentemente!). O dispêndio de oxigênio diminui em 60%, economizando em quinze minutos diários a energia acumulada pelo exercício de apaziguamento mental: “deixa a pessoa mais desperta e alerta”, “pronta para encarar mais um dia de trabalho” (ISTOÉ, 09/09/1998 *Meditação*). Um neurologista adepto da prática insiste com seus pacientes para que aprendam a meditar: “A doença é uma desarmonia da mente. Pode-se prevenir mentalmente resolvendo essas desarmonias”. A meditação é valiosa porque ajuda a se relacionar melhor com outras pessoas e é útil no processo de criação, dizia publicitário (ISTOÉ, 09/09/1998 *Meditação*).

A meditação e o *Prozac* são colocados na balança por ÉPOCA (02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*), que pende para a primeira, nessa reportagem. A meditação protege contra a depressão, a ansiedade e os efeitos do estresse. É “um remédio genérico” para depressão, hipertensão, ansiedade, dor crônica, hiperatividade e enfermidades de fundo emocional (psicossomáticas) que geram dores crônicas, distúrbios gastrointestinais, palpitações, etc. “Pesquisas sugerem que os mais modernos antidepressivos podem, em muitos casos, ser substituídos ou pelo menos complementados por uma das mais antigas práticas do budismo: a meditação”. Celebridades e políticos, nacionais e internacionais, aderiram à meditação para encontrar equilíbrio, melhorar a concentração e diminuir a ansiedade. Um engenheiro garante que melhora o sono, aumenta a disposição e ainda emagrece. Nos EUA, “meditar virou uma mania”; 10 milhões de adeptos americanos meditam e várias escolas de medicina implantaram a meditação como disciplina curricular; instrutores ensinam nas cadeias; funcionários públicos e de grandes empresas a praticam para aumentar a produtividade. “Os cientistas suspeitam que a meditação, como o exercício físico, possa ser uma das atividades capazes de criar novas células cerebrais” reduzindo “a deterioração natural dos neurônios provocada pelo envelhecimento”. No Brasil, os cursos da prática budista explodiram e eram também oferecidos em escolas públicas e na FEBEM (ÉPOCA, 02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*). A meditação reduz 50% do risco de recaídas da depressão e combate a hiperatividade e a falta de concentração das crianças, afirmava a reportagem.

Segundo ÉPOCA (02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*), a adesão à prática oriental deve-se ao “descontentamento do homem moderno diante de uma rotina de trabalho cada vez mais desgastante. Meditar é uma boa oportunidade para dar um tempo, desligar, ou, numa palavra, desacelerar”. A adoção da técnica também advém do aval científico “que a prática milenar de monges tibetanos tem recebido de gente séria”. Gente séria a que se refere a revista é o neurocientista americano Richard Davidson¹²⁷, da Universidade de Wisconsin-Madison. O neurologista comprovou mediante pesquisa entre monges que a meditação altera a estrutura e a densidade do cérebro, além de mudar o padrão das ondas cerebrais. As imagens de ressonância magnética indicaram o desenvolvimento da região do cérebro responsável pelas emoções “positivas” para aqueles que meditam. Para Davidson, sua pesquisa com os

¹²⁷ As pesquisas sobre os efeitos da meditação são realizados desde a década de 1970, principalmente pelo neurocientista Richard Davidson, simpatizante do budismo tibetano e amigo pessoal do Dalai Lama. O líder religioso tibetano passou a também investir nas pesquisas a partir da década de 1990. As pesquisas sobre meditação transcendental, por sua vez, contam com alto patrocínio do cineasta David Lynch, fervoroso adepto da prática e seguidor do guru espiritual indiano Maharishi.

monges “indica que, aparentemente, é possível exercitar o cérebro da mesma maneira como exercitamos os músculos”, ideia defendida pelos frenologistas¹²⁸ desde o século XIX. Em entrevista, o pesquisador defende explicitamente a meditação como *malhação mental* para desenvolvimento do potencial humano (ÉPOCA, 02/02/2006):

Quem sabe, um dia, as pessoas praticarão educação mental como hoje se pratica educação física. (...) Não há nada de misterioso a respeito da meditação. O que muda é que a maioria das pessoas não pratica o exercício cerebral tão regularmente quanto pratica os exercícios físicos. As pessoas abandonam qualquer exercício mental depois que se consideram curadas. É importante persistir na prática. (ÉPOCA, 02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*)

Todas as pesquisas sobre meditação citadas nas três revistas referem-se ao mesmo investigador (Richard Davidson). Com número ínfimo de participantes para a dimensão subjetiva do problema (muitas vezes menos de 50 sujeitos, como é frequente em pesquisas sobre meditação, *Reiki* e outras práticas integrativas complementares) e imagens de cérebros de monges, Davidson conseguiu convencer a comunidade científica de que a meditação faz bem. Desde 1992, suas pesquisas procuram legitimar a prática de meditação e até mesmo sua implantação como educação mental nas escolas. Há pouquíssimas contestações e a quase unanimidade sobre a prática de meditação chega a ser suspeita. Afinal, o envolvimento das crenças dos pesquisadores é bastante claro. As amostras são pequenas, as imagens mostram que determinadas áreas do lado esquerdo do cérebro - associadas às sensações de bem-estar, simpatia e altruísmo - são mobilizadas, porém muitas outras situações ainda não pesquisadas poderiam surtir os mesmo efeitos. Essa evidência em si não diz nada; não se sabe ao certo sobre a infinita e complexa relação entre os circuitos neuronais, nem se pode dizer que o cérebro mudou somente por causa daquele modo de pensar ou de, supostamente, controlar os pensamentos. Seria possível saber ao certo em que pensou realmente aquele indivíduo durante a experiência? Da nossa perspectiva, a comprovação imagética é apenas uma avaliação moral que parte do pressuposto de que meditar faz bem. Mas são essas as pesquisas divulgadas ainda atualmente para legitimar uma prática relacionada à paz de espírito pertencente à determinada visão de mundo.

¹²⁸ De acordo com Ortega “O projeto sócio e neuroeducativo dos frenólogos consistia em treinar, redirecionar e fortalecer órgãos mentais específicos. (...) um ambiente particular e agradável estimularia o cérebro a trabalhar em outras direções. A saúde mental residiria no exercício diário de todos os órgãos mentais. Tanto a inatividade como o exercício exagerado de qualquer órgão mental poderia levar à insanidade. As escolas deveriam encorajar virtudes como sobriedade, moderação, castidade e autoaperfeiçoamento. A fisiologia moral e a fisiologia cerebral apareciam interrelacionadas com os valores da sociedade vitoriana. Munidos com a ascese frenológica, os indivíduos poderiam cultivar e aprimorar suas propensões consideradas socialmente desejáveis e, ao mesmo tempo, inibir seus vícios e inclinações perniciosas – o que, sem dúvida, está na raiz de seu enorme sucesso, ao se adequar perfeitamente ao ideal vitoriano de autoconhecimento, autocontrole e autoaperfeiçoamento” (ORTEGA, 2009a, p.628).

Outro estudo, de Harvard, verificou que “a massa cinzenta de quem praticava meditação havia cerca de oito anos era mais densa”; para isso, “bastavam 40 minutos por dia, em duas sessões”. A densidade aparecia nas áreas do cérebro “responsáveis pelo raciocínio, pela atenção e pela tomada de decisões”. Curiosamente, nessa notícia não são mencionados os benefícios de uma massa cinzenta mais densa, o que importa é a modificação física do cérebro, como se falasse por si do poder de intervenção cerebral da meditação.

O que torna a técnica da meditação atraente é uma coincidência de princípios entre a filosofia oriental e a psiquiatria moderna. Para os monges, a meditação põe em prática um princípio filosófico - fixar-se no presente, desprender-se do passado e não alimentar preocupações inúteis sobre o futuro. Para a psiquiatria, os distúrbios que afetam o maior número de pacientes são caracterizados pela insistência em remoer frustrações passadas - caso da depressão - ou pela angústia exagerada diante do futuro - caso da ansiedade. (ÉPOCA, 02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*).

Na meditação pós-tradicional, reinterpretada como não religiosa, mística e êxtase são secularizados na linguagem, mas sua simbologia continua operante. Os tipos de meditação mais populares são todos religiosos (budista, *zazen*, transcendental, meditação indiana de gurus como Rajneesh e Deepak Chopra). A meditação transcendental é muitas vezes colocada fora do âmbito religioso porque não está ligada a uma doutrina, mas foi criada por um guru indiano e secularizada por um discípulo psicólogo. Por outro lado, a oração bíblica do cristianismo, também é considerada uma forma de meditação (ÉPOCA, 05/03/2007, *Paz interior*), ainda que isso quase sempre passe imperceptível, pois o interesse maior é desvincular a prática do ranço tradicional religioso, conferindo-lhe uma aura moderna e científica, para a qual a palavra *zen* parece mais adequada. Assim, imagens mostram o “cérebro zen” e como “as áreas do raciocínio e das emoções desaceleram”, a meditação dá “férias para essa parte da mente”. Além disso, a concentração na respiração ou em uma imagem fortalece o cérebro (o aumento da massa cinzenta aqui aparece como força) e aumenta a capacidade de concentração nas atividades cotidianas. Para o relaxamento, a meditação seria ainda mais eficiente que o sono. Essa afirmação das pesquisas parece reforçar o perigo da inatividade e da preguiça. A meditação não é um descanso, é uma atividade cerebral monitorada. Com ela “os pacientes evitam os pensamentos negativos”, aliviando a depressão, ao mesmo tempo que deixam o cérebro em estado de “sentinela” (ÉPOCA, 02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*).

Segundo os praticantes, “é possível acessar por breves instantes aquilo que o escritor e médico indiano Deepak Chopra chama de ‘campo do potencial puro’, momento em que a mente parece estar totalmente limpa” (ÉPOCA, 02/02/2006). A revista afirma que “o ato em

si independe da fé”, assim como o fazem os defensores científicos da disciplina mental. O mais importante são as vantagens pragmáticas da meditação, aprovada pela psiquiatria desde que seja complementar aos remédios. ÉPOCA adverte, no entanto, que a “eficácia real da prática, segundo muitos especialistas, ainda tem de ser medida em estudos mais extensos, ainda não realizados”, abrindo espaço para o questionamento das pesquisas:

Os críticos das pesquisas de Davidson dizem que, ao comparar monges que fazem um intenso exercício mental a cidadãos comuns, é natural que apareçam diferenças significativas na estrutura cerebral. Faltaria comparar o cérebro dos monges ao de outros praticantes de esforços mentais, como campeões de videogame, mestres de xadrez ou maestros capazes de reter de memória. E mesmo os médicos que defendem a meditação, como Davidson, reconhecem que, sozinha, ela não é capaz de resolver casos graves de depressão. Para incorporá-la ao arsenal de tratamentos convencionais, portanto, é preciso encará-la como uma técnica terapêutica, não como recurso milagroso. “A meditação em nada prejudica o tratamento de depressão e outros transtornos psiquiátricos”, afirma professor americano. “Certamente ajuda como método de relaxamento em deprimidos e ansiosos. Mas não substitui medicação em casos graves.” (ÉPOCA, 02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*).

A meditação, de fato, depois dos medicamentos, é a principal técnica de administração emocional e autocontrole citada em todas as revistas, a partir do início do milênio.

(...) Meditar significa exercitar o autocontrole, esvaziar a mente de problemas do dia-a-dia que causam tensão e favorecem o aparecimento de doenças. (...) Meditar é uma das melhores portas de entrada para o aperfeiçoamento pessoal, ajuda a desenvolver a concentração e o autocontrole, combate o estresse e permite enxergar o mundo de forma mais clara. (VEJA, 25/08/2004, *Poder interior*).

Os métodos de autoaperfeiçoamento místico das religiosidades budistas e hinduístas estão sendo utilizados para o disciplinamento da mente, porém se observa um esforço constante para localizar a meditação no plano científico, já que é tênue a fronteira com elementos religiosos. Assim, a legitimação foi gradativa e ainda está em processo, dada a fragilidade das pesquisas. Por isso foi - e ainda é - necessário repetir e repetir os mesmos argumentos, em jornais e revistas, até que se convençam a comunidade científica e a população que esvaziar a mente faz bem e é necessário, ainda que seja pela reza.

Em 2007, como acontece ainda hoje nas revistas, ÉPOCA esforçava-se para afastar, diferenciando-as, a religiosidade da meditação, uma vez que, do ponto de vista de seus editores, os benefícios que propicia, em termos de autocontrole emocional e mental, superam em muito os questionamentos a respeito da origem religiosa dessa prática. O importante é que “meditação é disciplina” (ÉPOCA, 02/03/2007).

Esse tipo de estranhamento é coisa do passado. As pesquisas sobre meditação estão sendo levadas a sério nas principais universidades do mundo. Elas analisam os efeitos da prática nas mais variadas condições: desordens alimentares, diabetes, artrite reumatoide, doenças coronarianas, menopausa. A meditação não é um elixir mágico. “Assim como os remédios

não funcionam para todo mundo, a meditação também não serve para todas as pessoas”, diz a pesquisadora da Unifesp. Mas as evidências favoráveis já reunidas levaram o Ministério da Saúde a estimular a prática de meditação nos postos de saúde e nos hospitais do SUS, segundo portaria editada em maio do ano passado. Um dos serviços públicos que a oferece é o Hospital Municipal de Vila Nova Cachoeirinha, na zona norte de São Paulo. (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*).

Numa das poucas menções às classes menos favorecidas e às regiões mais periféricas das cidades, já que meditação em geral é apresentada como prática de gente de sucesso, independentemente do contexto social no qual se insira, uma cabeleireira de um bairro paulistano afastado do centro é citada como exemplo por ensinar a meditação às pessoas de seu entorno. A meditação aparece aqui como sendo científica e universal, servindo, por isso, para qualquer pessoa de qualquer classe econômica, em qualquer país e em qualquer cultura.

É interessante notar que, em 2013¹²⁹, os argumentos continuavam os mesmos do início do milênio; no entanto, as pesquisas são anunciadas como revelação de que agora, finalmente, está comprovado: meditação é uma prática científica que altera o cérebro nessa ou naquela área. As notícias relatam sempre os mesmos processos neuroquímicos e as mesmas imagens, alardeados como recém-descobertos e demonstrado por quadros com imagens coloridas que dão a impressão que uma luz se acende dentro do cérebro quando meditamos. Além de eventos cerebrais, como os citados abaixo, a amígdala, nossa herança réptil, frequentemente é mencionada como o local primitivo das emoções, mobilizado pela meditação no sentido de acalmá-las e diminuir as atividades das áreas cerebrais ligadas a elas.

Os dados mostraram que, entre os que meditavam, houve um aumento na ativação do córtex pré-frontal esquerdo, a área que concentra as emoções positivas. Os pesquisadores também testaram se o pessoal da meditação teve a função imunológica melhorada. Para chegar a uma resposta, os integrantes de ambos os grupos tomaram vacina contra gripe. De quatro a oito semanas depois da administração da vacina, os participantes do estudo fizeram exames de sangue para medir o nível de anticorpos que produziram contra a vacina. No grupo da meditação, houve um aumento mais significativo. (VEJA, 17/09/2003, *Equilíbrio mental*).

Às vezes noticiada em seções de saúde e neurociência, às vezes como terapia complementar (sobretudo quando algum elemento ou especialista religioso aparece na reportagem), a meditação é “arma poderosa contra o estresse” que agora goza de respaldo científico de grandes instituições (VEJA online, 07/07/2013). “A receita para lidar com dezenas de problemas de saúde é fechar os olhos, parar de pensar em si e se concentrar exclusivamente no presente”, assim inicia a reportagem.

¹²⁹ VEJA online 07/07/2013, *Meditação ganha, enfim, aval científico*: estudos sérios estão afastando as dúvidas que costumavam pairar sobre a prática e mostram que ela é extremamente eficaz no tratamento do stress e da insônia, pode diminuir o risco de sofrer ataque cardíaco e até melhorar a reação do organismo aos tratamentos contra o câncer.

A meditação não se resume a apenas uma técnica: são várias, diferindo na duração e no método (em silêncio, entoando mantras, etc.). Essas variações, no entanto, não influenciam no resultado final, pois o efeito produzido no cérebro é parecido. Na prática, aumenta a atividade do córtex cingulado anterior (área ligada à atenção e à concentração), do córtex pré-frontal (ligado à coordenação motora) e do hipocampo (que armazena a memória). Também estimula a amígdala, que regula as emoções e, quando acionada, acelera o funcionamento do hipotálamo, responsável pela sensação de relaxamento. (VEJA online, 07/07/2013).

As neurociências embasam outras práticas alternativas mencionadas por ÉPOCA como o *Reiki*, essencialmente uma prática mágico-religiosa de doação de energia com as mãos, a partir da visualização de símbolos tibetanos. O *Reiki* é uma espécie de passe espiritual oriental, para usar a linguagem espírita ou afro-brasileira. Aliás, salvo em ISTOÉ, essas religiões raríssimas vezes são mencionadas em relação à saúde, ao contrário das orientais. Nas imagens cerebrais registradas na aplicação de *Reiki* ainda não se sabe “se o indivíduo é mais altruísta porque tem essa região mais desenvolvida ou se essa região é mais desenvolvida porque a pessoa pratica boas ações”, dizia o pesquisador. Entretanto, se a religiosidade não necessariamente equilibra, ao menos ajuda, segundo a revista ÉPOCA.

Uma revisão dos estudos sobre religiosidade e saúde mental foi publicada em setembro na Revista Brasileira de Psiquiatria. De um total de cem artigos, quase 80 apontavam uma relação entre práticas religiosas e indicadores de bem-estar, como satisfação com a vida e felicidade. Os pesquisadores atribuem o resultado à sensação reconfortante de estar sob o cuidado de alguém ou de uma força superior. Isso diminuiria o estado de alerta constante, e, conseqüentemente, o estresse, com repercussões sobre o sistema imunológico (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*).

Para pesquisador do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde, da Duke University, talvez um dia os cientistas consigam provar que a religiosidade altera o cérebro e que a “oração reduz o cortisol”. É importante registrar que existe um ramo específico das neurociências dedicado a esses tipos de estudo: a neuroteologia (ISTOÉ, 01/06/2005, *A medicina da alma*). A oração é um exercício mental sugerido por ÉPOCA para a cultura brasileira, fundamentalmente católica, pois, para muitos, a religiosidade é o melhor antídoto contra o estresse e interrompe as reações biológicas do corpo e da mente: “se a pessoa se sentar, respirar e repetir ‘ave-maria’ ou apenas uma palavra como ‘amor’, já cortará os efeitos danosos da adrenalina e do cortisol. O estresse sempre estará lá, mas o corpo estará mais forte para combatê-lo” (ÉPOCA, 02/03/2007). Um estudo mencionado pela revista observou que de 1000 pacientes internados com distúrbios no coração e no pulmão, as pessoas religiosas enfrentaram melhor o estresse e se recuperaram mais rapidamente. A fé reduziria a sensação constante de alerta. Embora a eficácia das práticas integrativas seja controversa (acupuntura, aromaterapia, *reiki*, florais, etc.), por causa da dificuldade de isolar o efeito placebo (“a

proporção de pacientes que respondem positivamente quando acham que algo lhes fará bem varia de 20% a 100%”), isso é subdimensionado em relação aos benefícios dessas práticas: “na busca pela paz interior até o efeito placebo pode ser um aliado”.

Muitos pesquisadores ainda veem com desconfiança os estudos que relacionam religiosidade e saúde mental. Isso porque é muito difícil medir a intensidade da crença e isolá-la de outras variáveis que podem influenciar a saúde mental, como a rede de amigos e os cuidados com o corpo estimulados pela própria religião (não beber, comer com moderação etc.). (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*).

A caracterização da meditação como científica não se sustenta, do nosso ponto de vista, a despeito do empenho dos cientistas que a praticam e a divulgam. A comprovação de aspectos tão subjetivos das consciências individuais, que são tão sujeitos a inúmeras interferências do contexto sociocultural e histórico, só pode ser afirmada como universal para todos os seres humanos mediante uma redução do pensamento a mero impulso neurocerebral. Na perspectiva sociológica e filosófica, as ideias e pensamentos humanos são fruto de interações sociais ainda muito mais complexas do que as dos neurônios.

Segundo um neurologista entrevistado, o cérebro é uma estrutura física, enquanto os pensamentos, sentimentos e emoções são resultados de seu funcionamento, que, ao mesmo tempo, podem alterá-lo. ÉPOCA insiste, assim como fazem as concorrentes, sobre a possibilidade de treinar o cérebro para aumentar intencionalmente a felicidade e a compaixão, indicada por experimentos com monges budistas e franciscanos. A conclusão é que “ser feliz está em nossas mãos”, o nível de felicidade depende de treinamento para controle mental, o cérebro pode ser reprogramado com exercícios como a meditação, a oração e a terapia cognitiva, para atingir tranquilidade e diminuir os efeitos do envelhecimento (ÉPOCA, 02/03/2007, *Paz interior*). A fé, enfim, seria um caminho para o equilíbrio mental.

Além da redução do estresse, os benefícios da meditação incluem o controle e a percepção de dor (“Quem tem a meditação como hábito sente menos dor”, segundo ÉPOCA online, 04/04/2001, *Meditação é o remédio*), a diminuição da pressão sanguínea, o reforço do sistema imunológico, principalmente em casos de câncer e AIDS, e, por fim, o aumento da concentração. “As áreas do cérebro responsáveis pela memória e pela atenção chegam a ficar mais densas quando se medita” (ÉPOCA, 02/02/2006, *Depressão: Meditação X Prozac*). Mais importante é o aspecto produtivo da meditação, no sentido de oferecer um treinamento para a concentração e o autocontrole do estresse (entenda-se: da raiva e da ansiedade), pela sistematização da respiração ou dos pensamentos, que devem ser disciplinados para se espaçarem deixando um vazio na mente. Esse vazio agora é considerado produtivo e criativo, assemelha-se muito à ideia de fonte cósmica de força, pregada pelos espiritualistas do século

XIX, pois recomporia a energia perdida pelo desgaste da vida moderna.

Em VEJA online, em 14/11/2012 (*Meditação muda a forma de reagir a emoções* - imagens de ressonância magnética mostram que diferentes formas de meditação têm efeitos duradouros na estrutura cerebral), anuncia-se que “participar de um programa de treinamento em meditação pode ter efeitos duradouros e mensuráveis nas funções do cérebro, mesmo nos momentos em que a pessoa não está meditando”, afetando a reação às emoções. Em outras palavras, a meditação é um hábito duradouro, que faz perdurar a administração da mente e deixa resultados profundos no cotidiano. Isso foi concluído após pesquisa com **36** voluntários divididos em três grupos de 12 pessoas, um dos quais era grupo de controle que não meditava. O resultado foi saudado por VEJA: “aqueles que tiveram treinamento em meditação mostraram ter maior estabilidade emocional em resposta a imagens emotivas”, mediada pelas reações a fotos apresentadas aos voluntários com visões de cenas trágicas ou violentas.

Observa-se que a importância da espiritualidade para a saúde, tão propalada hoje em dia, está presente em documentos oficiais da OMS desde a década de 1990, quando ainda não havia pesquisas neurocientíficas suficientes sobre isso; o interesse neuroteológico parece ter aumentado depois. No levantamento realizado pela OMS (WHO-1995) para medir a saúde mental (“sentimentos positivos de felicidade e contentamento”), já havia um módulo especial do questionário (WHOQOL-SRPB)¹³⁰ que pesquisava espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Essa combinação entre saúde e espiritualidade, ainda que pareça ser meramente utilitária, a nosso ver, não estaria relacionada somente a fatos político-econômicos referentes à gestão da saúde das populações. Poderia estar ligada a interferências de valores éticos e crenças pessoais dos pesquisadores na elaboração das regras de um estilo de vida mental saudável que inclui essa prática.

Ainda que as pesquisas sobre saúde sejam regidas pela objetividade do método científico, levando-se em conta que, segundo Weber (1993, 2006a), o recorte do pesquisador procede de uma escolha subjetiva, caberia perguntar: por que determinados critérios sobre crenças e espiritualidade são selecionados para pesquisas e não outros? Pintar, cantar, fazer tricô, não seria bom do mesmo modo? Decerto, as pesquisas sobre comportamentos atendem também a interesses políticos e econômicos mundiais, de maximização das capacidades cerebrais, mas pode-se indagar em que medida o enquadramento científico das práticas contemplativas não estaria imbuído de valores religiosos. Por exemplo, por que os benefícios

¹³⁰ O WHOQOL-SRPB (OMS, 1995, 1998a) foi desenvolvido para avaliar de que forma espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (SRPB é a sigla em inglês de *Spirituality, Religiosity, Personal Beliefs*) estão relacionadas à qualidade de vida (QV) na promoção de saúde. (Cf. FLECK; SKEVINGTON, 2007).

da ioga e da meditação recebem mais atenção dos pesquisadores do que outras práticas corporais ou práticas religiosas? E se artes corporais que desenvolvem o equilíbrio e a concentração, tais como as artes circenses, a dança e a capoeira, proporcionassem os mesmíssimos benefícios das práticas contemplativas do Extremo Oriente? E se ficar sem fazer absolutamente nada por uma hora, sem utilizar nenhuma técnica e sem se preocupar com o tempo perdido, tivesse o mesmo efeito neurológico da meditação?

Nunca saberíamos a resposta, pois isso não foi objeto de mensuração. Resta imaginar: seriam recomendadas como práticas de saúde rezas islâmicas, afro-brasileiras, outras que envolvam algum tipo de incorporação e transe, ou as práticas neopentecostais, se tivessem resultados biológicos e neurológicos idênticos aos das práticas orientais? Aliás, seria realmente possível medir objetivamente no sistema biológico fenômenos implicados por condições culturais, como a fé, a espiritualidade, o relaxamento, o bem-estar e a qualidade de vida? Assim, é preciso conjecturar quais motivações foram suficientemente fortes para que essas e outras pesquisas sobre as relações entre espiritualidade e saúde atraíssem investimentos. É possível supor que, do mesmo modo que as pesquisas neurocientíficas podem ser utilizadas pelo poder econômico e político, ou apropriadas por outros saberes, como a psiquiatria e a psicologia, como forma de incremento do poder, elas também podem ser colocadas a serviço dos interesses religiosos, legitimando mais esta ou aquela crença.

Pode-se argumentar que ioga e meditação são práticas de saúde, ao contrário das outras atividades citadas. Porém, a racionalidade científica das práticas de saúde é sempre socialmente construída; originalmente a racionalidade da meditação era mágica ou religiosa. Em tempos remotos, eram práticas místicas que pertenciam à esfera religiosa, restritas a uma elite de especialistas - sacerdotes, monges e ascetas. Essa relação entre contemplação e saúde individual foi estabelecida a partir de um processo de desencantamento (no sentido de desmagificação e cientifização) dessa prática ocorrido nos meios ocidentais. Embora diversos motivos sejam apresentados como justificativas para a adoção da meditação como hábito saudável, as características que a definem como saudável revelam valores específicos de uma determinada visão de mundo, que supõe a integração entre corpo, mente e espírito. Por buscar fundamentação na ciência e não na religião, apresenta-se como mais racional e, por isso, é considerada mais legítima. Apesar da frequente divulgação de pesquisas que comprovam os benefícios de determinados tratamentos de saúde e práticas para o corpo e a mente, prevalecem nos seus efeitos aspectos que não são mensuráveis pelo método científico. Há, no entanto, uma insistência em fundamentar a eficácia de tais práticas pelo processamento

cerebral.

Curiosamente, os especialistas em meditação são religiosos, que ensinam aos médicos sobre os milagres da meditação. Um monge budista, recentemente (2011), ensinou a prática da meditação para uma plateia lotada de médicos do Hospital das Clínicas-USP e proclamou seus benefícios de integração entre corpo e mente. A meditação é mais preventiva que curativa, mas auxilia a percepção dos problemas a partir de dentro do indivíduo, segundo o monge. Médicos e monges concordam que os problemas se originam na mente. “É o que a ciência ocidental chamaria de efeito psicossomático”.

Não é preciso acreditar em tudo o que o religioso diz. Mas é importante saber que ele não prega no deserto. A palestra realizada no teatro do HC de São Paulo estava lotada de médicos de diversas especialidades. A audiência se explica. A prática da meditação vem se tornando mais e mais reconhecida como recurso terapêutico auxiliar a uma série de tratamentos convencionais. A ciência revela por quê. “Os exames de ressonância magnética e tomografias identificam as mudanças de padrão de funcionamento em áreas cerebrais quando se pratica a meditação”, diz ortopedista. Regiões relacionadas à felicidade passam a ser ativadas, enquanto aquelas ligadas à fuga e à luta – reações ao stress – deixam de serem ativadas. “Isso tem reflexo direto na maneira como o organismo mantém seu equilíbrio interno”. (VEJA online 14/11/2012, *Meditação muda a forma de reagir a emoções*).

Também em ÉPOCA (04/04/2011)¹³¹, a relação entre meditação budista e saúde é proclamada pelo mesmo monge instrutor dos médicos no Hospital das Clínicas:

Para os budistas, há uma fórmula subjetiva para essa explicação científica da dor. Em recente visita ao Brasil, na qual palestrou sobre meditação para especialistas e leigos, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, uma das mais respeitadas do país, o monge Bhante Yogavacara Rahula, do monastério Bhavana Forest, nos Estados Unidos, explicou que *sofrimento = dor x resistência*. A fórmula significa que quanto mais resistência você oferece à dor, mais você se apega a ela, causando mais sofrimento. Em caso de resistência zero, o sofrimento decorrente da dor é nulo. Uma mente bem treinada faz com que você não dê tanto peso às intempéries, e isso o afasta daquilo que é ruim. “O segredo é não lutar contra as realidades da vida, contra a impermanência”, afirma Rahula. “Dor é dada, sofrimento é opcional”, diz.

Em ÉPOCA e ISTOÉ, percebe-se que a palavra *zen* passou a ser sinônimo de completo bem-estar e de ausência de estresse. Aliás, em todas as revistas, hoje, até mesmo em VEJA, o religioso budista é considerado o maior especialista em paz de espírito, suas técnicas são utilizadas pelas pessoas supostamente mais estressadas do planeta: os executivos do mercado financeiro. Funcionam porque atuam diretamente no cérebro, está comprovado pelas pesquisas, dizem todas as revistas.

A meditação é um exemplo, atual e vivo, de secularização de métodos religiosos de “controle das paixões”. Na problematização dos distúrbios mentais e emocionais, ela é a

¹³¹ ÉPOCA online, 04/04/2011, *Meditação é o remédio*. Médicos e praticantes contam como a meditação pode ajudar a prevenir doenças e até curar outras através do treinamento mental – isso porque essa técnica provoca mudanças fisiológicas no organismo.

técnica autodisciplinar que complementa o uso de medicamentos. Essas ideias são reproduzidas pelas três revistas, porque atualmente interessa sobremaneira o treinamento oferecido pelas técnicas religiosas asiáticas, ao contrário do que ocorria no início da década de 1990 em que essas práticas eram rechaçadas por VEJA. As imagens cerebrais forneceram argumentos para que a disciplina mental pudesse ser legitimada pela lógica científica. A insistência na prática regular de meditação, apesar da inconsistência científica, indica um extremo empenho por parte dos praticantes para implantar uma educação mental, baseada na autodisciplina dos pensamentos e emoções, tal qual aconteceu no passado com o empreendimento moral (Cf. BECKER, 2008) dos reformadores puritanos do século XIX, para o estabelecimento da disciplina corporal e da educação física como práticas cotidianas.

3. Autocuidado e autoaperfeiçoamento: raízes religiosas e processo de secularização

O interesse por compreender como surgiram os hábitos saudáveis propagados atualmente e o que os tornou tão importantes levou à investigação da história mais longa dos cuidados individuais cotidianos com o corpo e a mente, mediante revisão de literatura a respeito. Após a pesquisa bibliográfica, foi possível observar que alguns dos principais hábitos preventivos encontrados nas revistas semanais (alimentação, atividades corporais e relaxamento ou meditação), reproduzem antigos métodos dietéticos de controle do corpo e da alma. A ligação com a tradição ocidental ou oriental é mencionada pelas revistas, quando convém, para atestar a superioridade moral dos “bons” hábitos, ainda que o critério científico prevaleça como explicação causal da eficácia terapêutica. A reiteração da ciência é uma autorização para o resgate de algumas regras de conduta desenvolvidas em outros períodos históricos. Os modos de se cuidar e a importância deste ou daquele preceito são específicos de cada contexto, variando conforme a perspectiva cultural de época, sendo vinculados também a aspectos políticos e econômicos do momento. Não obstante, historicamente, os hábitos de cuidado com a própria saúde física e mental têm oferecido prestígio aos praticantes.

A investigação das origens ou raízes dos hábitos de autocuidado contemporâneos não significa encontrar causas deterministas, mas buscar heranças que influenciaram os fenômenos a ocorrerem de um jeito e não de outro. A história da secularização do autocuidado auxilia a averiguação do modo como desembocou em nova moralidade. As preleções sobre hábitos de autocuidado para a conservação da saúde ocuparam primeiramente um lugar religioso, em que se distinguia o bom do mau fiel, pela capacidade de autocontrole e renúncia dos prazeres carnavais. Nesse sentido, é interessante relembrar o processo ocidental de construção da ideia de cuidado com a própria saúde relacionado à virtude, que aparece desde a Reforma Protestante. Assim, o terceiro capítulo resgatará a história dos preceitos de autocuidado, do envolvimento primário com crenças religiosas que colocavam nos hábitos duradouros a esperança de saúde, ao mesmo tempo em que diferenciavam moralmente os indivíduos, até o ingresso da imagem corporal e da personalidade na cultura de consumo, na primeira metade do século XX, como produtos valiosos para ascensão social e financeira.

Com a Reforma, a conduta metódica de vida antes exclusiva dos monges foi expandida para todos os fiéis e - sobretudo no calvinismo e ramificações, devido à crença na predestinação, mas também em outras confissões protestantes - qualquer pessoa tinha um

estímulo positivo para adoção de hábitos ascéticos como meio de salvação da alma. Nos séculos seguintes, os textos sobre hábitos de saúde que conduzem à vida longa proliferaram.

Nos manuais dietéticos veiculados entre os séculos XVI-XVIII, os cuidados corporais e o controle das paixões ainda faziam parte de uma ética religiosa. A princípio restrita às elites, ocorreu, nesse período, uma alteração de condutas, com relação ao próprio corpo e instintos, em direção ao exame de si e ao autodomínio. Mais tarde, a sistematização dos hábitos corporais passou a ser conduzida pela medicina, ainda guardando influências da moral cristã, sobretudo com relação à sexualidade. Progressivamente, principalmente durante o século XIX, a vida regrada com disciplina corporal – alimentação, prática de esportes e exercícios físicos, ausência de vícios - tornaram-se um fator de distinção moral entre os fortes e os degenerados.

Na passagem para o século XX, a moral cristã e a ética puritana começavam a perder a força e sofrer concorrência de movimentos místico-esotéricos de influência oriental, combinados com psicologia popular e autoajuda, que propunham a ideia de poder individual (mental) para a autocura. Por outro lado, a moral religiosa enfrentava a forte emergência de uma nova cultura individualista que tratava corpo e alma como material bruto a ser lapidado, para a obtenção de sucesso financeiro. Nas primeiras décadas do século XX, em proporções bem menores do que hoje, já podiam ser percebidas, nos países ricos, as preocupações com a imagem corporal, o bem-estar psíquico e o magnetismo pessoal como passaportes para a mobilidade social, que refletiriam no culto ao corpo e à mente do final do milênio. O descontentamento consigo foi bastante incentivado pelos meios de propaganda e *marketing* que nasceram nesse século. A psicologia, saber desenvolvido no mesmo período e que influenciou intensamente os processos culturais desde então, foi utilizada tanto para estimular o consumo como para administrar o comportamento dos funcionários de grandes corporações.

A intercomunicação entre psicologia e medicina, envolvendo os aspectos psíquicos nas questões de saúde, se concretizou somente no final dos anos 1990, especialmente devido aos estudos neurocientíficos de comportamento, num momento em que havia uma constelação de diferentes fatores culturais propiciadores da concepção de saúde como bem-estar amplo e decorrente da conduta cotidiana. Esses fatores não são apenas de ordem econômica – novos tipos de trabalho e exigência de novas habilidades, por exemplo -, dizem respeito também a um novo jeito de viver consumado como “o melhor” caminho para a vida longa e feliz, por último legitimado cientificamente e assimilado pelas políticas públicas.

Ainda que nos dias atuais o fator econômico tenha um peso infinitamente maior para

as decisões individuais e para a conformação da vida cotidiana, as recomendações básicas do ideário do bem-estar apresentam proximidade com alguns preceitos preconizados pela dietética do século XVI, que por sua vez remetem à medicina grega dos humores. Pelo lado do cultivo de emoções “positivas”, dos exercícios mentais e das técnicas de relaxamento, como a meditação, bebem dos preceitos da literatura de autoajuda mais místico-esotérica do final do século XIX, que enfatizava a autocura. Os objetivos, entretanto, são completamente diferentes.

Certamente, agora as condutas saudáveis perseguem objetivos pragmáticos, hedonistas e econômicos. A longevidade, a manutenção da juventude e da boa forma, e não mais a salvação da alma, são fortes estímulos psicológicos para a atitude autodisciplinar com relação à mudança de hábitos. Porém, a identificação entre vida regrada, virtude e merecimento de saúde é arraigada nas sociedades ocidentais, por causa da influência religiosa de séculos. Quando transposta para o “estilo de vida saudável”, a associação anterior entre saúde e virtude pode ter facilitado a assimilação da ideia de dever de autocuidado. Inspirado em hábitos originados em antigas tradições e reinterpretados cientificamente, o estilo de vida saudável que vem sendo incentivado mundialmente implica a formação de indivíduos autodisciplinados, que assumam como um dever moral a eliminação dos riscos de adoecimento e a otimização de sua vitalidade. Dever desvinculado, no entanto, de objetivos coletivos, sendo direcionado para a dinâmica da vida privada e para a maximização das potencialidades corporais e mentais.

Talvez a força da moralidade sanitária contemporânea esteja na incorporação de métodos de racionalização prática da vida cotidiana, outrora meios de salvação religiosa, como o *autoaperfeiçoamento* descrito por Weber. Após o processo de secularização, o autoaperfeiçoamento aparece hoje com uma roupagem terapêutica e com novos objetivos, como o aprimoramento da saúde, o aperfeiçoamento da personalidade ou da aparência corporal, mas mantém o sentido weberiano de transformação do indivíduo em nova pessoa e de adesão a uma conduta de vida virtuosa que confere prestígio. O autoaperfeiçoamento divulgado hoje é um melhoramento contínuo da pessoa em várias dimensões (saúde, estética, corporal, emocional, profissional, intelectual). Requer do indivíduo a modificação da sua personalidade para adotar condutas de autocontrole e autodisciplina que lhe garantam mais valor no mercado profissional, além de mais saúde.

Por outro lado, ainda que atendendo a uma demanda cultural por autonomia e humanização dos cuidados médicos, estabelecida após a contestação dos anos 1960, a

institucionalização do autocuidado como conduta obrigatória de manutenção da saúde, no final do século XX, recupera a antiga moralidade sanitária do século XIX, condenando os maus costumes e culpando os indivíduos doentes, ao mesmo tempo entregando nas mãos dos Estados a vigilância e a intervenção na vida privada dos cidadãos, com o nobre objetivo de promoção de saúde e preservação da vida útil e longa.

O processo de secularização dos hábitos de autocuidado e de autoaperfeiçoamento do corpo e da personalidade, por fim, redirecionou as antigas práticas de acordo com novas justificativas e novos saberes científicos, mas, muito longe de alcançar uma verdadeira autonomia, a condução da vida individual foi deslocada para o âmbito do conhecimento especialista, que hoje é visto como aquele que pode oferecer soluções comprovadamente eficazes para o antiquíssimo problema humano: como viver mais e melhor.

3.1. Autoaperfeiçoamento e racionalização da vida cotidiana na perspectiva de Weber

Não é difícil perceber similaridades entre o estilo de vida saudável e os hábitos puritanos de autocontrole e autodisciplina racional sobre o corpo, mesmo que essas raízes religiosas sejam rejeitadas atualmente. Por outro lado, há rupturas com a ética protestante, principalmente em relação aos objetivos e interesses materiais eudemonistas¹³², nada parecidos com a salvação da alma, tais como melhoramento das condições corporais, prazer, felicidade, longevidade e sucesso. No ideário de saúde contemporâneo, certa dose de hedonismo é desejável, senão obrigatória. Para a aplicação das regras de bem-estar, deve-se extrair prazer da disciplina porque o objetivo final é de interesse supremo para o próprio indivíduo.

Entretanto, apesar das inovações e até oposições em relação ao puritanismo, é inegável a exacerbação da racionalização do corpo e da mente quando se observam os minuciosos cálculos e critérios técnicos que determinam o que é ser saudável. Eles possibilitam uma classificação do indivíduo por quantificação numérica que informa as possibilidades de futuro adoecimento (taxas de colesterol, triglicérides, níveis de cálcio, índices de massa corporal, além de percentuais estatísticos). A aferição objetiva criada pelas ciências da saúde determina quem é saudável e quais são os comportamentos corretos para permanecer dentro dos limites definidos de normalidade.

¹³² Eudemonismo diz respeito à perseguição da felicidade como fim último.

Um dos pontos centrais no pensamento de Weber é o processo de racionalização ocorrido de maneira peculiar no Ocidente, propiciando o desenvolvimento do capitalismo no advento da modernidade. A partir da Reforma, a cultura ocidental foi fortemente influenciada pela cosmovisão de controle racional sobre o mundo, exterior e interior. Para dominar a natureza em geral, seria necessário desenvolver também autodomínio da natureza individual, dos instintos. Assim, o processo de racionalização ocidental teve profundo impacto sobre o corpo (Cf. TURNER, 2004) e sobre o modo de conduzir a vida cotidiana.

Racionalidade é palavra empregada por Weber com vários significados¹³³, indicando principalmente cálculo, sistematização, método e planejamento estratégico dos meios na intenção de atingir certos objetivos. A busca de previsibilidade e calculabilidade são características do capitalismo moderno e racional. A racionalização é utilizada na tentativa de domínio teórico ou prático da realidade. Como esclarece Schluchter (Cf. 1984, p.13-15), a racionalização teórica pode ser “científico-tecnológica”, referente ao controle do mundo por meio do cálculo, ou “ético-metafísica”, no contexto da elaboração de explicações para compreender o mundo e dotá-lo de sentido. Por último, há ainda uma racionalização prática que aponta para um método de conduzir a vida.

O termo *racional* quando aplicado aos puritanos refere-se ao autocontrole emocional rigoroso, metódico, contínuo e sistemático (Cf. BRUBAKER, 1984), ao autoescrutínio minucioso e ao modo de vida conduzido pela razão, que rejeita tudo o que pareça irracional. A disciplina e o sóbrio autocontrole eram princípios exercitados pela autorreflexão e por hábitos que denotavam uma natureza racional. Quaisquer atitudes que aludissem ao descontrole ou ao excesso eram veementemente condenadas. Enquanto no catolicismo a autoinspeção tinha como objetivo a confissão e absolvição dos pecados, no protestantismo ascético representava a educação da personalidade para a administração metódica da vida, na qual o fiel tomava pulso de si. Com o calvinismo, a ascese visava à transformação da existência e da pessoa por inteiro, de modo a inspirar, para si e para outros, a confiança de que seria um dos eleitos, pois a falta dessa convicção indicava a danação.

As ideias puritanas propiciaram a racionalização prática da vida cotidiana no Ocidente e incidiram diretamente na implantação de hábitos cotidianos, influenciando a estrutura das personalidades. Devido às crenças, a vida pessoal passava a ser regulamentada segundo um estilo de vida que também atendia aos interesses capitalistas de produção, na medida em que o

¹³³ Brubaker (1984, p.2) enumera os seguintes significados para racionalidade/racional: deliberado, sistemático, calculável, impessoal, instrumental, exato, quantitativo, governado por regras, previsível, metódico, proposital, sóbrio, escrupuloso, eficaz, inteligível e consistente.

impedimento do gozo descontraído das posses estrangulava o consumo e contribuía para o estabelecimento da disciplina dos trabalhadores (Cf. WEBER, 2004a). Como observou Weber, com o tempo, a raiz religiosa foi cedendo lugar ao utilitarismo num processo de adaptação e reciprocidade entre econômico e religioso, mas a religião deixou marcas na forma de sistematização racional do cotidiano que se fizeram sentir nos séculos posteriores.

No modo de ver puritano, a saúde era uma graça divina concedida àqueles predestinados à salvação, cuja manutenção dependia da virtude. Assim como tudo no mundo, o corpo era uma obra de Deus, a ele pertencia, por isso deveria ser cuidado, preservado e utilizado em seu nome. Além do trabalho, também “a dieta sóbria à base de refeições vegetarianas e banhos frios” eram recomendados para afastar a tortura da dúvida¹³⁴, conferindo maior confiança ao fiel (WEBER, 2004a, p. 144). Tanto quanto a disciplina do trabalho, a disciplina do corpo também servia como sinal de graça e de bom caráter, por isso a adoção de hábitos regrados e a renúncia aos vícios e à vida de prazeres eram parte da ascese.

O “descanso sobre a posse”, bem como a apreciação dos prazeres e dos sentidos eram moralmente condenados por representarem perigo de desvio da aspiração por uma “vida santa”. Como o trabalho era a finalidade da vida, a falta de vontade para trabalhar era vista como sintoma de ausência da graça. O lazer, a perda de tempo, a preguiça, a vadiagem, a conversa ociosa, o prazer carnal e o sono além do necessário, eram profundamente reprovados. Havia uma exortação ao trabalho, “tanto faz se corporal ou intelectual” (WEBER, 2004a, p.144), pois a ocupação afastava as tentações. Os esportes eram aprovados apenas para fins racionais, enquanto meio de “restaurar a potência física”, não para “descontrair ou descarregar impulsos indisciplinados” (WEBER, 2004a, p.152). O sexo, como em outras religiões, era permitido apenas para a procriação. Nas palavras de Weber (2004a, p. 151-152), a ascese puritana voltava-se contra o “gozo descontraído da existência e do que ela tem a oferecer em alegria”, pois “o gozo instintivo da vida” afastava do trabalho e da devoção, sendo, portanto, inimigo da ascese racional. O corpo e as emoções deveriam ser dominados pela razão, bem como os sentidos e as pulsões irracionais. A natureza, de um modo geral, deveria ser sujeitada e orientada racionalmente para satisfazer o plano divino.

A cosmovisão e o estilo de vida dos burgueses puritanos, predominantes na modernidade, favoreceram a investigação técnica do mundo natural e o surgimento de uma ciência pautada em conhecimento racional e objetivo. Por outro lado, com isso os valores

¹³⁴ A grande dúvida aplacada pelos hábitos saudáveis e pelo autocontrole emocional hoje poderia ser resumida nas seguintes perguntas: será que conseguirei viver mais e melhor? Serei capaz de obter sucesso e felicidade, sobrevivendo às circunstâncias de fracasso que rondam os mais comuns dos mortais?

religiosos puderam ser questionados, abrindo-se perspectivas de interpretação da realidade independentes do domínio das crenças. Desenvolveram-se esferas seculares de valores com legalidade e lógica próprias – tais como econômica, estética, erótica, política, intelectual – que competiram com a esfera religiosa como definidoras de verdades e orientadoras de conduta (e ganharam). Como aponta Brubaker (1984, p.81), atualmente os valores culturais e intelectuais “são cada vez mais compreendidos como valores a serem apropriados pelos indivíduos que lutam por uma autoaperfeiçoção mundana”. A perseguição desses valores, assim como a busca estética e erótica, “assumem a função de proporcionar uma salvação neste mundo, a salvação por meio de autoaperfeiçoamento das rotinas de existência de todos os dias em um mundo despojado de significado” (BRUBAKER, 1984, p.81)¹³⁵.

Na visão weberiana, nas grandes religiões de salvação, a racionalização prática da vida cotidiana geralmente derivou da sistematização das crenças mágicas em procedimentos éticos que determinaram modos regrados de viver. As doutrinas religiosas se consolidaram no cotidiano somente pela implantação de “hábitos duradouros”, com efeito moral de dever para assegurar a salvação (Cf. PIERUCCI, 1998). Nas religiões em que a salvação pode ser conseguida pela conduta de vida, Weber aponta três principais métodos¹³⁶, entre os quais o *autoaperfeiçoamento* é de interesse central para a discussão da racionalização prática da vida cotidiana no mundo contemporâneo.

O autoaperfeiçoamento é um método ético de ação sobre si para conquistar uma nova personalidade merecedora de salvação. Tem o sentido de promover o “renascimento” ou uma “nova alma” por “atuação sobre-humana” (WEBER, 2004b, p. 361). Visa gerar uma nova personalidade ou produzir uma nova pessoa pela força do hábito cotidiano. A busca de perfeição sempre apresenta tensão com o mundo profano, resolvida, na visão weberiana, de duas formas básicas distintas, traduzidas em tipos ideais: ascéticas e mais ativas ou místicas, passivas e contemplativas¹³⁷. Na conduta ativa da ascese intramundana, as qualidades a serem

¹³⁵ “For modern man, however, the value of intellectual activity is essentially individual: intellect cannot guide the life of a society; it can only enrich the lives of individuals. No longer a means of discovering true being and guiding right conduct, intellectual activity comes to be pursued as an end in itself. Intellectual (and, more broadly, cultural) values are increasingly understood as values to be appropriated by individuals striving for a worldly self-perfection. The pursuit of these ‘highest worldly goods’, like the pursuit of esthetic or erotic values, assumes the function of providing a this-worldly salvation - a salvation through self-perfection from the routines of workaday existence in a world denuded of its meaning”.

¹³⁶ Além do autoaperfeiçoamento, os outros dois métodos de salvação são: a) o ritualismo, que pouco difere da magia, no qual a devoção e o sentimento de fé são mais valorizados; b) as obras no mundo, que podem ser de fraternidade e caridade, ou até mesmo a guerra santa, mas também podem envolver as obras como sinais do comportamento ético.

¹³⁷ Weber opõe ascese à mística, como tipos ideais. A ascese intramundana característica do puritanismo corresponde à atividade metódica desejada por Deus para sua exaltação. Implica, por outro lado, uma maior presença da religião na vida cotidiana. O fiel é instrumento de Deus no mundo, porém evita contaminar-se com

adquiridas são aquelas exigidas pelo Deus bíblico. Na perspectiva ético-metafísica da contemplação mística, por sua vez, o treinamento técnico corporal submete os instintos e regula o corpo para alcançar o êxtase, a comunhão com as forças cósmicas divinas e irracionais¹³⁸. De qualquer modo, ascético ou místico, o autoaperfeiçoamento oferece a certeza da salvação ou redenção pelo despojamento do que é considerado profano (geralmente relacionado ao corpo) para adquirir qualidades espirituais e tornar o fiel perfeito tal qual um deus ou tal qual o seu Deus exige (Cf. WEBER, 2004b, p. 362). Nos processos de autoaperfeiçoamento religioso:

o método torna-se cada vez mais uma combinação de higiene física e psíquica com uma regulação igualmente metódica de todo pensar e fazer, segundo a forma e o conteúdo, no sentido do perfeito *domínio desperto* – que obedece a vontade e combate os instintos – dos processos corporais e anímicos próprios e uma regulamentação sistemática da vida, subordinada ao fim religioso. (WEBER, 2004b, p.363)

Weber ressalta que em quaisquer éticas religiosas poucas pessoas tinham força pessoal ou carisma para manter hábitos de autoaperfeiçoamento que levassem à certeza cotidiana da salvação, por isso esse tipo de atitude conferia prestígio, por sua escassez. O autoaperfeiçoamento representava uma comprovação constante, para o próprio indivíduo e para o mundo, da vitória em situações de tentação (Cf. WEBER, 2004b, p.364). O virtuosismo dos hábitos outorgava uma superioridade moral aos indivíduos.

O autoaperfeiçoamento é uma entre outras formas de influência religiosa sobre a conduta com vistas à salvação, mas, de acordo com Weber, parece ter sido historicamente a preferida entre camadas intelectuais. Em geral, seja em sociedades ocidentais ou orientais, a coerência lógica entre teoria e ética resultante em vida prática foi uma demanda constante de intelectuais que procuravam compreender o mundo e dotá-lo de significado. Impulsionados por um “imperativo da coerência” esses segmentos se empenharam em tentar domesticar a realidade pela teoria (Cf. WEBER, 2006b). Por toda a história, a tarefa de dar coerência e pôr ordem no caos tem sido levada a cabo por essas camadas, mediante a criação de teorias

as coisas profanas. No comportamento místico, de caráter contemplativo, silencioso e passivo, o fiel é recipiente da divindade e sua atitude é voltada para o mundo interior, correspondendo a uma renúncia do mundo, muitas vezes efetivada pela retirada da vida em sociedade, isolamento em ordens monásticas, renegação à posse de bens materiais ou mendicância (Cf. WEBER, 2004a, p.236; 2006b, p. 320). Se na ascese puritana a experiência irracional é rejeitada por representar uma divinização da criatura, para a visão mística, por outro lado, qualquer ação humana transformadora do mundo pode interferir negativamente na ordem divina. A ética puritana incita à ação e mobiliza os fiéis a tornarem-se reformadores morais do mundo por meios racionais, rejeitando tudo que é irracional, direcionando-os para o sucesso externo (Cf. WEBER, 2004b, p. 365). No estado contemplativo, ao contrário, a iluminação é um bem de salvação atingido apenas mediante meios irracionais e pela eliminação dos interesses profanos, correspondendo a uma fuga do mundo (Cf. WEBER, 2004b, p.366).

¹³⁸ Para o misticismo asiático, tipo ideal weberiano da mística, “o deus é impessoal, só acessível pela via contemplativa” (WEBER, 1992, p. 252) e intuitiva, como estado de consciência, e não pela razão intelectual.

explicativas para o mundo, sejam ético-metafísicas ou técnicas-científicas. Os grupos intelectualizados costumam interferir na organização social pela produção de concepções, crenças e modos de racionalização prática das atitudes.

Tanto grupos menos favorecidos quanto elites necessitam de uma resposta satisfatória que legitime sua condição de maior ou menor privilégio. Frequentemente, são os estratos intelectuais que definem “de que e em que direção alguém precisa ir para ser salvo” (Cf. SCHLUCHTER, 1984, p.14). Eles se preocupam em construir teodiceias¹³⁹ do sofrimento, ou seja, maneiras de explicar a existência de males no mundo e sua desigual distribuição, justificações para a doença, o sofrimento, a “desgraça imerecida”, as diferenças de riquezas e de poder político.

Que a um homem feliz, com relação ao menos feliz, não lhe baste o simples fato de sua felicidade, mas que, ainda queira o ‘direito’ a ela, tenha a consciência, portanto, de a ter ‘merecido’, em oposição ao menos feliz – enquanto que este deve ter de algum modo ‘merecido’ sua desgraça - , essa necessidade de conforto da alma trazida pela noção de legitimidade da felicidade é demonstrada por toda experiência cotidiana, trate-se de destinos políticos, de diferenças na situação econômica, de saúde corporal, de sorte na competição erótica ou de outra situação qualquer. É essa ‘legitimação’, neste sentido interno, que as camadas positivamente privilegiadas no íntimo esperam da religião (WEBER, 2004b, p. 335).

As explicações das desigualdades que funcionam como espécie de “teodiceia” no nosso tempo legitimam o individualismo e a responsabilização individual pela própria condição social. O estilo de vida saudável como fator preponderante de saúde faz parte dessa concepção contemporânea. A doença, a miséria e as fatalidades da vida seriam resultados da incapacidade individual de autoaperfeiçoar-se, de transformar-se em uma nova pessoa com autodomínio, em alguém que usufrua do poder de criar o próprio destino, que está à disposição de todos. A felicidade, a longevidade e o bem-estar, por sua vez, seriam coroações de uma vida disciplinada de trabalho sobre si.

Lembramos que, para Weber, a cultura “não é um campo de consensos normativos”, “mas um campo de disputas, de luta entre os homens para definir quais são as qualidades das coisas, das condutas e das ocorrências que tem caráter exemplar e podem servir de orientação perante o mundo” (COHN, 2006, p.10). Todavia, a luta não é apenas pelo poder econômico; frequentemente, o poder, inclusive econômico, é buscado pela “honra social” que ele confere.

¹³⁹ Para Weber, as teodiceias são: “sistemas de pensamento que deram respostas racionalmente satisfatórias para a questão do fundamento da incongruência entre o destino e o mérito” (WEBER, 1992, p. 242). O autor resume em três tipos ideais as explicações encontradas pelas religiões mundiais para a existência do mal: o dualismo do zoroastrismo, a predestinação protestante e a doutrina do carma hindu. Esta última seria a mais perfeita do ponto de vista lógico, por interpretar o destino individual como resultado exclusivo do mérito pessoal, contabilizado em boas e más ações (Cf. WEBER, 2004b, p.354). No Ocidente, a teodiceia mais consistente seria a da graça predestinada. Ambas as soluções causam consequências na vida prática.

A distribuição de honra e prestígio e as distinções pelo posicionamento social não obedecem à ordem econômica ou legal, embora interajam fortemente com elas. Sempre há uma “desigualdade de qualificações” (WEBER, 1992, p. 253) entre as pessoas. A conduta virtuosa, entre outros meios, distingue grupos e indivíduos em relação aos restantes. O autor considera principalmente os conflitos entre ideias e interesses de uma ortodoxia dominante (os virtuosos) contra uma posição heterodoxa oposta (as massas)¹⁴⁰. Os primeiros procuram impor uma visão de mundo e um conjunto de regras morais aos segundos. Essa imposição envolve um jeito de viver - uma forma de conduta considerada correta pela ortodoxia -, que, na perspectiva weberiana, corresponde ao estilo de vida.

O estilo de vida, em Weber, está relacionado às situações de status e à distribuição de poder e prestígio entre os estratos sociais; não está necessariamente ligado às situações econômicas de classe¹⁴¹. Em contraste com a situação de classe econômica, a posição de status diz respeito à avaliação social mais positiva ou mais negativa acerca do modo de vida (educação, aprendizado empírico ou racional, prestígio adquirido por ascendência ou profissão). O estilo de vida é o elemento qualificador da posição social de um grupo, denotado por seu modo de vida - por exemplo, pelas roupas, residência, comportamentos, maneiras, hábitos, convenções e regras morais que lhe são próprias (Cf. WEBER, 1973, 2004b). O estilo ou modo de viver é sistematizado e arranjado conforme uma imagem de mundo constituída a partir dos valores e crenças do grupo. Aspectos simbólicos, e não econômicos, conferem prestígio e honra a determinado estilo de vida.

Mas, embora para Weber o estilo de vida não seja determinado economicamente, está relacionado ao consumo de bens específicos, materiais e imateriais, que possuem qualidades simbólicas valorizadas e compartilhadas pelos grupos. O sistema de estratificação geralmente acompanha o monopólio econômico de bens e oportunidades, distribuídos desigualmente. Via de regra, são os grupos que detém o poder e os privilégios que, além de alavancarem sua hegemonia econômica, estabelecem as convenções de estilo de vida aceitáveis como honrosos

¹⁴⁰ Segundo Schluchter (2011, p.92), para Weber, as massas não são necessariamente “os não socialmente privilegiados, nem o grande número, nem o rebanho. As massas incluem aqueles desafinados em questões religiosas ou éticas” em relação à ortodoxia.

¹⁴¹ O critério weberiano para a definição da situação de classe é quantitativo e econômico, caracterizando-se pela renda, propriedade, produção, pelas oportunidades que essas condições podem proporcionar. A situação de classe é regulada pelo mercado, seja este de troca econômica ou de habilidades profissionais. As classes podem ser categorizadas como *classes sociais* pela mobilidade pessoal ou possibilidade de mobilidade em gerações sucessivas. Nesse caso, aproximam-se um pouco mais do significado weberiano de estamento e incluem: trabalhadores; pequena burguesia; intelectuais e especialistas técnicos; proprietários e privilegiados por educação (Cf. WEBER, 2004b).

e definem quais são os critérios de prestígio¹⁴². Esses grupos são “portadores culturais” de um modo de viver, de hábitos e de uma visão de mundo que são legitimados como superiores aos demais, como acontecia com os sacerdotes hindus e os burgueses protestantes, por exemplo.

Caberia perguntar quais seriam os grupos portadores culturais do estilo de vida saudável. A discussão que perpassa esta tese esbarra nessa questão, sem, no entanto, ter a pretensão de resolvê-la. Esse jeito de viver, ao menos na representação de Brasil que aparece nas revistas, seria, principalmente, propensão de estratos privilegiados com alto prestígio. Talvez hoje não seja mais assim, com a popularização das últimas décadas; porém, no noticiário da década de 1990, nota-se que celebridades do meio artístico, empresários, executivos, profissionais liberais (advogados, publicitários, designers, psicólogos, etc.) foram retratados como precursores na adoção das regras saudáveis. Aliás, a mensagem subliminar é que o sucesso dos profissionais entrevistados teve a contribuição do estilo de vida saudável para a organização autodisciplinada da vida cotidiana e para o domínio do próprio corpo e mente, direcionados para a conquista dos sonhos individuais. Assim, supõe-se que no ideário brasileiro a vida saudável e a aquisição (ou aparência) de bem-estar trazem prestígio e estão ligadas ao consumo de bens simbólicos de saúde e bem-estar.

Como veremos na história longa dos hábitos saudáveis, processaram-se inúmeras modificações culturais que terminaram por estabelecer o autocuidado com o corpo e as emoções como regra de comportamento, no sentido de autodomínio, às vezes exigido até no plano das leis, como no caso das dependências químicas e da obesidade. No estilo de vida saudável é o critério técnico científico, e não o ético religioso, que passa a vigorar como definidor da “boa” conduta e que vale como referência da “boa vida”, a vida com “mais qualidade” e com “mais valor” do século XXI. O dever de autocuidado e de autoaperfeiçoamento, paulatinamente, deslocou-se da esfera religiosa para outras esferas, mas continua, ainda hoje, como caracterizador da pessoa “de bem”, aquela que, na atual concepção idealizada, procura extrapolar os limites da resistência humana, exercendo, cada vez com maior primor, a condução de uma vida longa e feliz.

¹⁴² Weber (1973, p.77) cita como exemplo o modo de vida que se estabelecia nos EUA na passagem para o século XX, no qual os estratos com maior prestígio social desqualificavam o trabalho braçal, apesar da tradição puritana de “estima do trabalho”. Outros exemplos apresentados sobre os EUA foram a discriminação com relação ao local de residência e a procura de casamento e relações dentro do mesmo grupo de status (Cf. WEBER, 1973, p.72).

3.2. A herança ascética na racionalização prática do corpo

Entre os séculos XVI e XVIII, pode ser notado um gradual *processo civilizador* na Europa, descrito por Norbert Elias (1994) como uma forte sistematização dos comportamentos e das emoções por meio de códigos de etiqueta. Em paralelo à consolidação do poder das monarquias europeias, ocorria culturalmente a repressão das ações agressivas e da violência física, a redução da excitação e a inibição da exposição pública de algumas atividades corporais que passaram a ser consideradas íntimas, sendo então progressivamente deslocadas para a esfera privada. Condutas a princípio restritas à corte proliferaram depois entre plebeus e burgueses que almejavam ascensão social. A ritualização das atitudes exigia a domesticação do corpo e a interferência disciplinadora do indivíduo sobre suas emoções e seus movimentos corporais. As regras cortesãs implicavam um novo tipo de consciência em que a razão tinha papel central no controle dos instintos e dos afetos.

O condicionamento comportamental - hábitos à mesa, gestos, posturas, olhares, tom de voz, expressões faciais, cuidados de higiene, atenuação da agressividade - acompanhava as alterações nos modos de sentir - vergonha, pudor, delicadeza, medo, repugnância, etc. - que, por sua vez, exerciam regulação social sobre os impulsos. Os costumes refinados demarcavam distâncias entre posições sociais. Controlar-se era um sinal aristocrático de prestígio, imitado pelos estratos médios urbanos – comerciantes, funcionários, médicos, professores, etc. -, que obtinham sua renda dos serviços à corte. A adequação corporal e emocional obrigava-os a desenvolver uma observação vigorosa de si e dos outros, que, com o tempo, se tornou coercitiva e uniformizou comportamentos, já que poucos se arriscariam a ser considerados não civilizados (Cf. ELIAS, 1994, p. 91).

Foucault (2008b, p. 308) comenta que no século XVI ocorreu um resgate e uma adaptação do estoicismo; estava em debate o governo de si mesmo e o problema da conduta¹⁴³, de como conduzir-se no cotidiano não só para alcançar a salvação, mas em relação às autoridades, diante do soberano, como guiar a família e filhos. Por outro lado, conforme apontou Weber (2004a), um novo modo de ação no mundo, originado na prática protestante de cálculo racional da graça, por meio do autoexame, levou à afirmação da virtude na vida cotidiana, comportamento assimilado pela Contra Reforma católica. Embora a presença da

¹⁴³ Foucault (1995, p. 243) ressalta que a conduta significa, ao mesmo tempo, “o ato de conduzir outros” indivíduos e a “maneira de se comportar”. Para ele, “o exercício do poder consiste em ‘conduzir condutas’ e em ordenar a probabilidade”. O sentido de governo no século XVI não se restringia à estrutura política do Estado, dizia respeito à direção da conduta de indivíduos ou de grupos (governar almas, crianças, mulheres, doentes). “Governar, neste sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

religião tenha sido ampliada, com maior interferência em assuntos privados - como o sexo, a higiene e a educação -, a injunção eclesiástica na intimidade dos fiéis teve efeito individualizador (Cf. FOUCAULT, 1995, p.237). Desenvolvia-se um questionamento individual sobre a própria condução na vida sem o controle da Igreja, reflexão que não era realizada de forma propriamente religiosa, como afirma Foucault (2008b, p. 309).

A racionalização do corpo e das emoções, o cálculo racional de si e a problematização da conduta refletiam-se nas discussões filosóficas da época sobre a utilização da razão para tomar decisões e para controlar as paixões. Nesse período, ocorreu uma explosão de textos sobre o assunto. Circulavam nos meios letrados europeus os chamados “manuais de civilidade”, sobretudo voltados para a educação das crianças, mas que também atingiam o público adulto, sendo determinantes para a disseminação das regras de boas maneiras e do modo adequado de agir publicamente. Os novos códigos relacionavam as atitudes corporais refinadas a qualidades morais superiores. Nesse contexto, também os tratados de higiene, saúde e bem viver multiplicaram-se na Europa, sobretudo a partir da Itália, fornecendo modelos de comportamento que foram incluídos entre as maneiras cortesãs (Cf. TURNER, 2004).

Esse tipo de literatura dietética existia desde a Antiguidade¹⁴⁴, seguia a tradição de Hipócrates e Galeno resgatada pela Escola de Salerno na Alta Idade Média e preservada pelo Renascimento¹⁴⁵, na qual a saúde estava baseada no equilíbrio e combinação entre líquidos, humores e temperamentos¹⁴⁶ (Cf. OLIVEIRA, 2006; SILVA, 2004). Os preceitos e hábitos para a manutenção de uma vida longa remetiam ao uso adequado de “seis coisas não naturais”¹⁴⁷: “o ar e o meio; o exercício e o repouso; a alimentação e as bebidas; o sono e a vigília; a evacuação e a repleção¹⁴⁸; as paixões da alma” (OLIVEIRA, 2006, p.85). No século XV, o médico Michele Savonarola escreveu um tratado ensinando a conservação da saúde fundamentada nas “seis coisas não naturais”, descrevendo alimentos e propriedades, efeitos das estações climáticas, sugerindo maneiras apropriadas para o exercício e o repouso, além de

¹⁴⁴ O termo dieta vem do grego e refere-se a um modo total de vida, não diz respeito apenas à alimentação. A medicina grega valorizava a dietética como terapêutica para ajuste dos humores e “incluía prescrições morais acerca de exercícios, sexualidade, sono e relacionamento social” (TURNER, 2004, p.325).

¹⁴⁵ Os textos mais conhecidos são *Regimen sanitatis salernitanum*, do século XI, e “o livro de saúde de Aldebrando de Siena”, do século XIII, mas o tratado árabe *Canon* de Avicena também era bastante utilizado (Cf. SILVA, 2004).

¹⁴⁶ Saúde resumia-se ao equilíbrio entre quatro líquidos (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra) correspondentes a quatro humores ou temperamentos (sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico), quatro qualidades (seco, úmido, quente, frio) e quatro elementos (fogo, ar, terra, água).

¹⁴⁷ Eram consideradas “não naturais” por serem externas à natureza humana, conforme a concepção da época (OLIVEIRA, 2006, p.85).

¹⁴⁸ Repleção diz respeito à saturação da bexiga e dos intestinos.

moderação nas paixões. Essas teorias persistiriam até o século XVIII, com variações de interpretação entre os diversos autores, geralmente religiosos, teólogos ou médicos, numa época em que ainda não havia ocorrido a separação entre medicina, filosofia e religião.

Em 1558, foi publicado na Itália o *Trattato della vita sóbria*, de Luigi Cornaro (1467-1566), um nobre veneziano que, após ter engordado excessivamente e sofrido vários distúrbios ainda jovem, conseguiu curar-se por meio de disciplina alimentar e viveu até quase cem anos de idade. Sua inovação em relação aos textos anteriores consistia, primeiramente, em localizar na razão individual a capacidade de dominar a vontade e disciplinar o corpo, o que resultaria em saúde e longevidade. De modo autobiográfico, o veneziano narrava suas próprias dificuldades e posteriores resultados, mostrando ser possível sem tanto sacrifício, até com certo prazer, aliar o dever e as regras alimentares, gozando dos benefícios de uma vida longa, alegre¹⁴⁹ e agradável (Cf. SILVA, 2004).

Após haver decidido ser continente e razoável, vendo que não se trata de algo difícil, pelo contrário, um dever do homem, dispus-me de tal maneira a seguir este modo de vida, que jamais caí na desordem em coisa alguma; e fazendo-o, em pouco tempo, percebi que esta vida me agradava e que em menos de um ano (o que poderá parecer inacreditável para alguns) curei-me de cada uma de minhas enfermidades (CORNARO apud SILVA, 2004).

Diferentemente dos *regimen sanitatis* medievais, Cornaro propunha uma *medicina de si mesmo* para libertar-se da visão propagada pela alquimia e pela medicina ocultista, que encontrava a solução dos males de saúde na influência dos astros, em profecias, no sobrenatural e nos elixires (Cf. VIGARELLO, 2008a). É importante lembrar que, além da forte presença da Igreja em conflito com o antropocentrismo renascentista e com a emergência de saberes científicos, a visão mágica de mundo de Paracelso (1493-1541) e Nostradamus (1503-1566) gozava de ampla popularidade e concorria em explicações sobre o corpo e a saúde. Para Cornaro, seria mais importante adequar os hábitos de modo a adquirir sobriedade e temperança, evitando os excessos por meio do exercício racional, reconhecendo as próprias necessidades corporais e seu temperamento relacionado aos humores (Cf. OLIVEIRA, 2006). Ele pretendia que todo indivíduo se ocupasse da decifração do próprio corpo para prevenir o adoecimento, em vez de aconselhar-se com mágicos e recorrer a superstições, encantamentos e poções milagrosas.

Visto que, em realidade, o homem somente seria médico perfeito de si mesmo. E por quê? Porque cada um pode, por meio de diversas experiências, conhecer a fundo o seu temperamento, as suas disposições mais íntimas e saber qual o vinho e que alimentos

¹⁴⁹ A alegria era recomendada pela literatura dietética para combater a melancolia. Por aí se pode ver que a ênfase atual no otimismo para a preservação da saúde e prevenção da depressão não é inédita, nem foi descoberta pela ciência como querem nos fazer crer. Note-se que assim ocorre com diversos outros hábitos descritos nas páginas seguintes.

convêm ao seu estômago (CORNARO apud OLIVEIRA, 2006, p. 87).

Embora reiterasse a antiga tradição dos humores, propunha que a razão fosse utilizada como instrumento terapêutico e preventivo em oposição às concepções camponesas mais tradicionais, que incluíam práticas pagãs e todo tipo de magia na busca de cura para as doenças (Cf. OLIVEIRA, 2006, p. 87). Por não recorrer aos saberes mágicos, mas ater-se às regras de conduta, dispunha de bastante credibilidade nas cortes. Entretanto, o racionalismo dietético de Cornaro não era secular; ao contrário, era fortemente católico e poderia ser situado como uma ofensiva contra a Reforma Protestante, que acusava o catolicismo de permissividade com os costumes. Condenava, sobretudo, três males sociais: o fanatismo luterano, a adulação e excessos ritualísticos da corte e a falta de temperança (Cf. TURNER, 1989; SILVA, 2004). A dietética da sobriedade afirmava a vida cotidiana como meio espiritual de combate às tentações corporais; concorria, portanto, com o protestantismo ascético. Conforme Silva (2006), entre as diferentes razões para o aumento das publicações desse gênero literário na Itália estariam: a invenção da imprensa no século XV e o surgimento de um público leigo urbano, aristocratas e intelectuais, interessado nesses conselhos para a preservação da saúde; o refinamento e ritualização das refeições nas cortes; a tentativa de se proteção das epidemias; a necessidade católica de responder à crítica protestante.

Cornaro pautava-se na justa medida da razão encontrada por cada um para conservar o corpo predispondo-o à devoção espiritual (Cf. SILVA, 2004). “Deve-se crer que Deus deseja que todo homem atinja uma idade suficientemente agradável e que lhe fornece para esse fim a razão necessária para atingi-la” (CORNARO, apud OLIVEIRA, 2006, p. 89). Até o século XVIII, os hábitos recomendados pelos manuais dietéticos eram parte de uma racionalização prática da vida cotidiana pautada numa ética religiosa. A proposta de domínio das paixões e dos desejos, que começava pela dieta, visava à libertação da alma da prisão representada pelo corpo. A temperança ou regulação dos excessos funcionaria como cura física e facilitaria a vida espiritual, purificando os sentidos, tornando “o corpo ágil, o entendimento vivo, a memória boa, os movimentos flexíveis e as ações fáceis” (SILVA, 2004). Como em todos os outros livros de saúde da época, os males físicos e os males da alma – ou as paixões emocionais, mentais, intelectuais, morais, espirituais, políticas – não estavam dissociados; eram tratados em conjunto, envolvendo as mesmas prescrições comportamentais relativas às “seis coisas” e “quatro humores”.

Assim, outros textos dedicavam-se mais especificamente à melancolia¹⁵⁰ ou às

¹⁵⁰ “Eis o que é da melancolia que toma o cérebro, que é causada por uma condição fria e seca, sem matéria, ou

atividades físicas, mas não deixavam de mencionar também a alimentação, o sono, a evacuação. Em 1569, Hyeronimus Mercurialis escreveu o primeiro livro dedicado à ginástica: *De arte gymnastica*, onde enaltecia os exercícios físicos pelos efeitos positivos na transpiração, digestão e evacuação. Persistia a recomendação de moderação dos excessos: as atividades físicas deveriam ser leves como a caminhada, a dança, os jogos, as cavalgadas, que envolviam mais uma estética da graça gestual do que o esforço. Os exercícios intensos das caçadas e lutas eram menos recomendados para a saúde (Cf. VIGARELLO, 2008a). Inspirado no *Tratado de Melancolia*, de 1586, do médico inglês Timothy Bright (1551-1615), também o teólogo Robert Burton (1577-1640) descreveu a melancolia em 1621 (*Anatomia da Melancolia*) como decorrente de alimentação inadequada e inatividade, entre outros maus hábitos¹⁵¹, considerando-a, sobretudo, “uma grave consequência da negação da existência de Deus” (KEHL, 2009, p.72).

A vida regrada pela sobriedade seria a defesa para males que afligiam a aristocracia, tais como melancolia, raiva, prevalência de paixões violentas sobre a razão e obesidade, que entre os séculos XVI e XVII era vista como “manifestação física da flacidez do sistema social”, relativa ao relaxamento da moral cortesã (TURNER, 1989, p. 207). As soluções para os problemas sociais e fisiológicos deveriam ser buscadas no governo do corpo mediante dietas e disciplina. Para as camadas mais ricas, a dieta racional representava “a principal garantia de saúde e estabilidade mental” (TURNER, 1989, p. 207), numa época em que os conhecimentos da medicina iam pouco além das sangrias. As camadas mais pobres, todavia, estavam longe de se preocupar com a qualidade da dieta. A parca quantidade de alimentos tornava a obesidade um sonho. Carne, gordura, laticínios eram raros e caríssimos. A alimentação ganhara já no século XV uma dimensão qualitativa de distinção pessoal, quando o médico Michele Savonarola escreveu um tratado dietético prescrevendo alimentos mais delicados para cortesãos e mais rudes para plebeus (Cf. MONTANARI, 2003).

Cornaro aliava o dever e a razão à identificação das peculiaridades individuais, que o veneziano relatava como referência para as regras alimentares que seguia (Cf. SILVA, 2004),

com matéria. Ela segue, algumas vezes, as enfermidades quentes do cérebro, como o frenesi e as febres ardentes, quando o rosto se torna vermelho. Avicena observa que os gagos, os que possuem os olhos agitados e as veias amplas, são mais sujeitos à melancolia. Finalmente, a tristeza, o medo, as profundas meditações, o uso de carnes pesadas e melancólicas causam frequentemente essa enfermidade”. (*Discours de la conservation de la vue, des maladies melancholiques, des catarrhes, & de la vieillesse* (LAURENS, 1597)).

¹⁵¹ (...) “falta de exercícios físicos e de banhos frios, excesso de isolamento, falta de divertimento para a alma e para o corpo, inércia da alma ou do corpo, reclusão em ambientes artificiais, má iluminação dos quartos, mau uso da sexualidade, vícios, excessos, abstinência” (KEHL, 2009, p.72).

reiterando o caráter distintivo e pessoal das dietas. Traduzido em várias línguas¹⁵² como *A arte da vida longa* ou *Conselhos para a vida longa*, a literatura da vida sóbria de Cornaro teve ampla difusão e fez seguidores do gênero¹⁵³ nos séculos seguintes (Cf. OLIVEIRA, 2006; SILVA, 2004), católicos ou não, médicos ou não, consolidando a ideia de que as doenças advêm dos excessos e a razão seria o remédio. Por outro lado, ser o médico de si próprio nessa literatura comportava uma concepção de “saber divino” sobre corpo e saúde, saber “superior a todos os conhecimentos médicos e que permitiria prevenir o surgimento das doenças” por meio do uso da razão, “um saber médico acessível a todos e regras simples para a manutenção da boa saúde” (OLIVEIRA, 2006, p.88). Regras morais religiosas que deveriam ser divulgadas para o maior número de pessoas por meio de um projeto pedagógico, visando uma reforma comportamental. Esta foi a ocupação dos jesuítas durante o século XVII; eles procuravam embasar-se na ciência e propagavam uma moral racionalista cristã de controle do corpo e das emoções (Cf. LUZ, 2004; VIGARELLO & PORTER, 2008), apoiada no dever de preservação da saúde pelo uso da razão¹⁵⁴.

O teólogo jesuíta Leonard Lessius (1554-1623) retomou a obra de Cornaro e acrescentou comentários, publicando-os em 1613 com o título *Higyasticon - Dois tratados de regime de vida para a conservação da saúde do corpo e da alma até a extrema velhice* (Cf. SILVA, 2004; TURNER, 1989). Pelas mãos dos jesuítas a dieta foi mais estreitamente associada à “ortodoxia religiosa” e à “virtude moral” (TURNER, 2004). O corpo deveria ser nutrido para não perturbar a alma, o excesso de bebida ou comida acarretaria o mau funcionamento das “faculdades superiores, como os sentidos, a imaginação, a inteligência e a memória” (SILVA, 2004). A “vida regrada e temperante” significava domínio dos desejos (LESSIUS, 1623, apud SILVA, 2004). Houve um resgate dos princípios estoicos pelos jesuítas. Todavia, se os estoicos rejeitavam algo por ser considerado prejudicial, na reinterpretação cristã do estoicismo renunciava-se a algo que ofereceria prazer; a privação

¹⁵² O primeiro tratado dietético em português inspirado em Cornaro foi publicado em 1721: *Âncora medicinal para conservar a vida em saúde*, de Francisco da Fonseca Henriques (1665-1731), médico do rei de D. João V (1689-1750). Em 1753, Bernardino Ramazzini publicou *Arte de conservar a saúde dos príncipes e das pessoas da primeira qualidade, como também das nossas religiosas*, que continha uma versão em português do *Trattato della vita sobria* de Cornaro. Cf. SILVA, 2008.

¹⁵³ Em 1597, André du Laurens escrevia *Discours de la conservation de la vue, des maladies melancholiques, des catarrhes & de la vieillesse*. Também Francis Bacon em seus ensaios (1597) endossou a observação de si como a melhor forma de conservar a saúde. Dentre outros, o médico francês Nicolas Abraham escreveu, em 1600, *Governo necessário para cada um viver longamente em saúde* (*Le gouvernement nécessaire a chacun pour vivre longuement en santé*). O médico inglês John Archer publicou *Todo homem é seu próprio médico*, em 1673. (Cf. OLIVEIRA, 2006; SILVA, 2004, 2006).

¹⁵⁴ Cabe lembrar a grande influência dos jesuítas na cultura e na educação das elites brasileiras durante vários séculos.

levaria à saúde. Para resistir à tentação, por exemplo, seria necessário “corrigir a imaginação, representando o alimento como abjeto, para temperar o apetite excessivo com uma dose de repulsa” (SILVA, 2004). Seria “vergonhoso não poder dominar a cólera e estar sujeito à melancolia, às importunas solicitações da fantasia e se deixar levar por um cego apetite da boca e da sensualidade” (LESSIUS, 1623, apud SILVA, 2004).

Em 1634, a obra de Lessius foi publicada em inglês, após a morte do seu tradutor George Herbert (1593-1633) (Cf. TURNER, 1989). Na Inglaterra, os platonistas de Cambridge defenderam a dietética como cura para o entusiasmo, termo então associado ao fanatismo religioso que agitava anglicanos e puritanos (Cf. OLIVEIRA, 2006). Os textos de Lessius mais tarde inspiraram o pensamento de George Cheyne (1671-1743), médico escocês bastante influente, cujos clientes eram oriundos da aristocracia, intelectualidade e classes médias urbanas, incluindo personalidades famosas como David Hume, John Wesley, Alexander Pope e o Conde de Shaftesbury. Assim como os textos de Cornaro e George Herbert, seus textos são testemunhos da experiência pessoal, uma vez que o próprio Cheyne foi obeso crônico e sofreu de melancolia, beneficiando-se das dietas alimentares que recomendava, principalmente à base de leite, frutas e vegetais (Cf. TURNER, 1991, p 160).

As obras de Cheyne¹⁵⁵ eram principalmente dirigidas a intelectuais e àqueles que sobrecarregavam as faculdades mentais com estudos, reflexões ou especulação filosófica. O pensamento estava ancorado no corpo físico e o uso sadio da razão dependia de uma vida regrada, sóbria e sem excessos, tanto na alimentação como nas paixões. “Os trabalhos da imaginação e da memória, de estudar, pensar e refletir, qualquer que seja a origem da qual dependa o surgimento de seu princípio, deve necessariamente requerer órgãos corpóreos”, dizia Cheyne (1733, apud OLIVEIRA, 2006, p. 92). A razão também poderia adoecer e causar desordens. O regime seria “verdadeiro antídoto ou verdadeiro preventivo contra as desordens do cérebro, as irregularidades das funções intelectuais, a perda da razão, do conhecimento e da memória, e contra todas as doenças nervosas” (CHEYNE, 1749 apud OLIVEIRA, 2006, p. 92). A moderação dos hábitos incluía submeter o corpo e a razão a regras práticas para manter “as faculdades intelectuais sãs e inteiras, maduras e fecundas, até uma velhice vigorosa”, tais como:

(A) deitar-se e levantar-se cedo; (B) continuar os seus estudos e trabalhos até as 3, 4, ou 5 horas; (C) abandonar, no resto do dia, todo estudo e toda meditação, divertir-se agradavelmente com alguma diversão inocente, fazer algum exercício físico moderado; e

¹⁵⁵ Entre os livros que escreveu, além do mais conhecido *The english malady*, de 1733, com dietas para tratamento de melancolia, estão: *Ensaio sobre a gota*, de 1720; *Regras sobre a saúde*, 1727; *Método natural de curar as doenças do corpo e as desordens do espírito que dele dependem*, de 1749 (Cf. OLIVEIRA, 2006).

assim que a digestão for feita, retirar-se e dispor-se a deitar-se sem ingerir qualquer alimento, a não ser um copo d'água pura ou um copo de leite quente preparado com vinho da Espanha (CHEYNE, 1727 apud OLIVEIRA, 2006, p. 92).

Suas recomendações ainda estavam fundamentadas nas “seis coisas não naturais” da tradição hipocrático-galênica. Também estavam fortemente orientadas por uma moral racionalista cristã. Por outro lado, conforme assinala Turner (1991, p. 160), Cheyne derivava suas teorias do modelo cartesiano e da concepção de circulação sanguínea de Harvey, bem como da noção de corpo como máquina hidráulica. Seguindo os passos de Cornaro e Lessius, ensinava sobre o cálculo, o peso e a medida justa do regime, encontrados pelo uso da razão, combinando quantidade e qualidade por meio de observações particulares. Entretanto, em Cheyne o dever moral e religioso de usar a razão de modo terapêutico e preventivo se apoiava na medicina. Seu discurso tinha pretensão científica, ainda que as ações práticas propostas reproduzissem saberes que então já estavam no senso comum, sendo bastante conhecidos (Cf. OLIVEIRA, 2006, p. 90). Ele acreditava que a medida e a quantidade deveriam ser determinadas pelo médico, o qual saberia o que conviria melhor ao paciente¹⁵⁶. O médico escocês classificava detalhadamente os alimentos e bebidas traçando correspondência com a ocupação, idade, sexo do paciente, recomendando alimentação suave, vômitos, cavalgadas, sono tranquilo, conforme os casos.

Ao contrário de Cornaro, a *medicina de si* defendida por Cheyne delegava ao critério da razão médica a justa medida para hábitos corporais de saúde (Cf. OLIVEIRA, 2006, p.97). Obedecer à razão era seguir as recomendações médicas, mais do que exercer a crítica individual tratava-se de seguir regras determinadas por outrem. Isso conferia ao regime de Cheyne um caráter de governo do próprio corpo e dos corpos alheios, controle social que se estendia aos leitores de seus livros (Cf. OLIVEIRA, 2006, p.97):

reduzir os nossos corpos a uma submissão perfeita (...) conduzi-los ao grau de obediência semelhante àquele em que mantemos os animais domésticos, dando-lhes nas horas certas o bife e a coleira, quer dizer, alimentando-os com sobriedade e com alimentos refrescantes, mantendo-os num estado de asseio permanente, fazendo-os respirar ar adequado, tratando de exercitá-los e purgá-los, quando percebemos que eles começam a tornar-se lascivos, barulhentos e rebeldes. (CHEYNE, 1749, apud OLIVEIRA, 2006, p. 96).

Ao passo que Cornaro afirmava ser a enfermidade “produto de paixões irrestritas e doença social”, Cheyne, por influência rosseauiana, pensava as doenças como consequências específicas da urbanização e dos modos de vida artificiais (Cf. TURNER, 1991, p. 162). No início do século XVIII a digestão era uma preocupação entre as classes abastadas, mais

¹⁵⁶ Por exemplo, “8 onças de carne, 12 de pão ou de alimento vegetal, e mais ou menos meio litro de vinho ou de qualquer licor por dia” (CHEYNE, 1727, apud OLIVEIRA, 2006, p. 92).

inativas, pois a expansão da economia provocava “excessos e luxúria”. Bebidas, alimentos exóticos e falta de exercícios contribuíam para um modo de vida urbano sedentário (Cf. TURNER, 1991). Além disso, o crescimento populacional das cidades causava receio de adoecimento por contaminação, principalmente do ar e da água. As aristocracias europeias e a ascendente burguesia seguiam cuidados dietéticos e procuravam distinguir-se das massas com seus modos de vida direcionados para a manutenção da saúde. A retirada para a natureza era vista como uma proteção da contaminação das cidades, onde a industrialização e a aglomeração produziam a convivência insalubre. O ar puro do campo era um antídoto para a fumaça das fábricas.

Embora Cheyne falasse em nome da medicina, era ainda uma ética religiosa que sustentava os hábitos recomendados; sua proposta era uma estética da alma imbuída de preceitos religiosos que encabeçava as atitudes de autocuidado. Assim como os antecessores, Cheyne situava o dever de cuidar do próprio corpo e saúde no âmbito cristão. Para ele, o corpo pertencia ao Deus criador e não ao indivíduo, deixar de cuidar do corpo e da saúde tinha o mesmo peso moral e pecaminoso do suicídio¹⁵⁷. Em *Regras sobre a saúde e os meios de prolongar a vida* (1727), podia-se ler:

Aquele que transgride com excesso as regras claras e evidentes da saúde é culpado de uma espécie de homicídio de si mesmo, e perseverar nessa atitude é entregar-se diretamente à morte e, conseqüentemente, é o maior crime que um homem possa cometer contra o seu Autor [Deus] (CHEYNE, 1727, *apud* OLIVEIRA, 2006, p.88).

Oliveira assinala a necessidade desses cuidados corporais como característica da ascese protestante porque “cada um tem o dever de conservar o seu corpo em boa saúde, assim como cada um tem o dever de multiplicar as riquezas que possui” (OLIVEIRA, 2006, p. 95). Cheyne equiparava Deus, razão e natureza; para ele doenças físicas e distúrbios emocionais seriam causados pela queda do homem e pelo pecado:

E mesmo nesse estado de natureza decaída, se tivéssemos seguido os preceitos da Natureza e da Razão, para não dizer da Religião, teríamos passado nossos dias sem dor, ao menos sem doenças crônicas [...]; nós poderíamos ter conservado nossos sentidos livres e nossas faculdades racionais e apuradas até a velhice extrema e, enfim, deixar esse mundo em paz como uma lâmpada que se apaga quando finda o óleo que a alimenta (CHEYNE, 1727, *apud* OLIVEIRA, 2006, p.88).

A visão dietética de temperança e sobriedade de Cheyne influenciou fortemente John Wesley (1703-1791), fundador do metodismo, que escreveu o manual de medicina popular

¹⁵⁷ Essa ideia, contudo, foi apresentada primeiramente por John Locke, conforme Taylor (1997). Locke dizia que “Cada um é obrigado a preservar e não tirar a própria vida, pois os homens feitos por Deus são sua propriedade” (TAYLOR, 1997, p. 306). Taylor ressalta que “ao tornar nossa preservação o ponto central da vontade de Deus em relação a nós, Locke está seguindo a afirmação da vida cotidiana protestante” (TAYLOR, 1997, p. 307).

Primitive Physick: or an easy and natural method de curing most diseases (1752), alcançando ampla audiência entre as classes médias e trabalhadoras. Wesley, que cursou medicina sem concluir o curso, baseou seus escritos em textos médicos e ensinava os mais pobres numa linguagem acessível, sobre alimentação, exercícios físicos regulares e remédios à base de ervas, sempre somados à oração. Era vegetariano e se abstinha de álcool; evidentemente condenava os vícios. A regulação e moderação dos hábitos de conduta para obter saúde, antes restritas à aristocracia e outras camadas mais ricas, foi sistematizada por Wesley e inserida na doutrina metodista, que teve grande propagação nos séculos XVIII e XIX, sobretudo nos Estados Unidos (Cf. TURNER, 2004, p. 326). No que diz respeito à propagação de hábitos de autocuidado, o metodismo teve grande importância, primeiramente porque o objetivo missionário de Wesley estendeu as regras de manutenção da saúde através da vida sóbria para um grande público e ofereceu como estímulo psicológico a certeza da salvação. Claro que a abstinência de carne e as restrições alimentares não impressionavam as classes populares, acostumadas a viver basicamente de cereais, mas a força emocional da conversão sustentava a modificação de hábitos.

Os textos de higiene e dietética escritos até meados do século XVIII estimularam o autocontrole e a disciplina corporal por meio de uma linguagem religiosa. Gradualmente, durante o século das Luzes o discurso da vida sóbria e regrada foi adquirindo novos contornos que extrapolavam os motivos religiosos. Mais do que na salvação da alma, o interesse estava agora na saúde do corpo físico. Assim, a arte de viver com saúde até longa idade cedeu lugar às regras médicas de higiene e cuidados com a saúde das crianças e às técnicas de educação moral e física dos filhos, para gerar indivíduos fortes e sadios. Conforme Foucault, “essa literatura aumentará logo com a publicação, no século XIX, de uma série de periódicos e jornais mais diretamente dirigidos às classes populares” (FOUCAULT, 1982, p.200). Toda uma campanha pedagógica foi empreendida para conscientizar as famílias sobre a responsabilidade moral de cuidar do corpo. A saúde passava a ser “dever de cada um e objetivo geral” (FOUCAULT, 1982, p. 197).

Os hábitos já não eram estabelecidos pelo indivíduo segundo a observação particular das necessidades e excessos do próprio corpo e alma, como acontecia em Cornaro. Desde Cheyne, e mesmo em Wesley, o conhecimento médico deveria guiar detalhadamente a conduta do paciente, ainda que dentro de uma visão de salvação religiosa. Mas, agora, as normas médicas deveriam ser respeitadas para o “benefício de sua própria saúde e da saúde dos outros” (FOUCAULT, 1982, p. 202). A noção mais ampla de dieta da medicina

hipocrática e galênica foi substituída pelo conceito de regime dietético, enquanto regulação da alimentação e dos hábitos por prescrição médica (Cf. FOUCAULT, 1982, p. 201). A palavra regime deriva do latim *regere* e significa um sistema de regras ou sistema de governo. O regime dietético pode, então, ser entendido como governo médico e também como um governo político dos corpos (Cf. TURNER, 2004, p.325). Como sugere Turner (1991, p. 164), tanto a disciplina dietética imposta por regimes médicos como aquela proposta por sistemas religiosos poderiam ter afinidades eletivas com o capitalismo, respondendo às suas necessidades de preservação da saúde dos trabalhadores. Ambas - religião e medicina - trabalhariam no mesmo sentido de modificação de costumes “perigosos” ou “ineficientes”, responsabilizando moralmente os indivíduos pela falta de temperança que levaria ao adoecimento.

3.3. Reformadores puritanos: a virtude expressa na aparência saudável

No século XIX, ocorreu uma reação conservadora dentro do protestantismo, contra o poder que a medicina adquiria para guiar os costumes. Nos EUA e na Grã-Bretanha, surgiram alguns grupos religiosos puritanos ou derivados do puritanismo – presbiterianos, pietistas, metodistas, adventistas -, que resistiam à medicalização, recusando a autoridade da medicina social. Reivindicavam o “direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar ou morrer como quiserem” (FOUCAULT, 2008b, p. 96). Esses segmentos religiosos mantiveram uma dietética mais próxima da hipocrática, privilegiando, porém, a alimentação e os exercícios físicos como hábitos de purificação da alma e controle dos instintos, sobretudo os agressivos e sexuais.

Weber deu pouca atenção ao metodismo e ao pietismo, chegando a dizer que eram secundários em relação ao calvinismo e às seitas anabatistas, enquanto portadores do protestantismo ascético (Cf. WEBER, 2004a, p. 130). Considerava que a prática cotidiana de uma moralidade como comprovação de salvação, incluindo a vocação e o trabalho continuado na profissão, objeto principal de sua investigação, eram preceitos originalmente calvinistas que se mantiveram nas novas denominações, muito embora a crença na predestinação tenha sofrido ajustes. O aspecto emocional do pietismo e do metodismo aproximava-os mais do luteranismo, destoando das demais correntes puritanas, segundo as quais o sentimento desviava a prática religiosa para o gozo mundano. Embora seguissem uma vida ascética rígida, os pietistas ambicionavam “saborear, já neste mundo, em ascese intensificada, a

comunhão com Deus em sua bem-aventurança” (WEBER, 2004a, p.118). Similar à *unio mystica* de Lutero, essa comunhão bastante levava ao cultivo de sentimentalismo religioso. Na visão do pietismo e do metodismo, os regenerados poderiam ser salvos. A salvação dependia de um “desenvolvimento metódico da santidade pessoal em crescente solidez e perfeição” (WEBER, 2004a, p.120), pois a graça divina se manifestava naqueles que se autoaperfeiçoavam. Havia grande ênfase no “novo nascimento” (Cf. TAYLOR, 1997, p. 391) ou na regeneração¹⁵⁸, enquanto poder de resistir aos apelos do pecado.

Ainda que influenciado pelo pietismo, o metodismo teria conseguido reunir religiosidade sentimental com racionalização, ao sistematizar os hábitos para comprovar santidade para si e para os outros. Não bastavam obras em nome de Deus, a conduta virtuosa e o sentimento de fé eram indispensáveis para a salvação. Perseguir a santificação da vida cotidiana funcionava como uma garantia de salvação que substituíra a aterradora dúvida calvinista por uma “alegre certeza” (WEBER, 2004a, p. 128). Como assinalou o próprio Weber: “A *regeneration* do metodismo criou assim um único complemento da pura salvação pelas obras: uma ancoragem religiosa para a conduta de vida ascética na eventualidade de ser abandonada a predestinação” (WEBER, 2004a, p. 130). Ou seja, com a possibilidade de regeneração, a graça deixava de ser irracionalmente concedida por Deus aos eleitos, poderia ser alcançada por todos que optassem por um comportamento metódico e racional.

Desde Wesley, a saúde começava a representar um mérito por bom comportamento (alimentação regrada, exercícios físicos, abandono de vícios e orações frequentes), sinal de virtude e santidade. A noção de regeneração ressoou mais tarde nos movimentos reformadores puritanos de saúde americanos do século XIX, como antídoto contra a suposta degeneração propalada pelo pensamento higienista europeu. Observava-se em algumas igrejas americanas um maior otimismo com relação à salvação da alma no plano terreno, mediante a regeneração: o cuidado com o próprio corpo era uma demonstração absoluta da fé. Ganhava força entre os puritanos uma noção de “perfectibilidade humana”¹⁵⁹ a ser alcançada pelos hábitos virtuosos

¹⁵⁸ As crenças pietistas criaram uma nova percepção da presença de graça expressa na sensibilidade e no sentimentalismo. Geraram também uma “aristocracia de regenerados” (WEBER, 2004a, p.121), moralmente superiores e extremamente sensíveis, que demonstravam suas virtudes pelo fervor emocional (devolução, comoção, tristeza pelo pecado do mundo). A melancolia, nesse contexto, denotava santidade, representava piedade e bondade; era um mal que acometia pessoas sensíveis, geralmente de classes ociosas (Cf. CAMPBELL, 2001).

¹⁵⁹ A partir do final do século XVIII, segundo Vigarello (2008a, p. 380), de modo geral, havia certa obsessão com a degeneração da espécie, com a debilitação e a deformidade dos corpos que despertava necessidade de correção pelo treino físico para desenvolver resistência e tônus. No plano cultural essas noções se refletiram em identificação de moleza e de flacidez muscular com fragilidade moral. No século XIX, começava-se a dar mais atenção para a aparência corporal, a boa forma física passava a ser “um dever em relação a si ou aos outros” (VIGARELLO; HOLT, 2008, p. 419).

(Cf. COURTINE, 1995, p. 89). Os reformadores puritanos pregavam hábitos que reprimiam o corpo para regenerar a alma, crendo que, conseqüentemente, a saúde seria obtida. Era preconizado o alcance da graça divina por meio de disciplina do corpo, para fortalecimento moral. Seguiam um ideal cristão de perfeição e uma ascese de renúncia dos desejos.

Os movimentos puritanos de temperança aconteceram em paralelo às reformas sanitárias, no âmbito do crescimento da industrialização e da urbanização. Posicionavam-se contra a modernização acelerada, opunham-se à comida industrializada, afirmavam que somente a alimentação tradicional do passado seria boa e natural. Propunham o vegetarianismo, pois a carne excitaria os instintos, aumentando o ardor sexual e a agressividade. Consideravam que: “o bom senso e os bons hábitos valeriam mais que os conhecimentos da medicina” (SFEZ, 1996, p. 68). Embora recusasse a autoridade médica, afirmando a autoridade da religião, o envolvimento religioso sanitarista colaborou imensamente com o higienismo nos EUA, sendo seu principal protagonista. O ponto em comum era o princípio da degeneração corporal decorrente da devassidão dos costumes, que estabelecia uma moralidade sanitária na qual bom caráter e boa saúde estavam inter-relacionados (Cf. SFEZ, 1996, p. 65). Assim como acontecia na Inglaterra, a máxima *mens sana in corpore sano* guiava as condutas dos bons cristãos.

Na década de 1830, nos EUA, o reverendo presbiteriano Sylvester Graham liderou o movimento pela alimentação natural, sendo um dos precursores do vegetarianismo e crudivorismo. Defendia a ingestão de cereais integrais, condenava alimentos que causassem excitação (carne, álcool, açúcar, temperos, café, chá mate), bem como os industrializados (Cf. SFEZ, 1996, p. 65). Graham teve seguidores e divulgadores entre as lideranças do movimento adventista, tais como Ellen White e o médico John Harvey Kellogg, criador dos famosos sucrilhos e da granola (Cf. ORTEGA, 2009a; SFEZ, 1996). Os médicos reformadores utilizavam vários métodos de tratamento que se contrapunham à racionalidade da medicina clínica, tais como a cura pela natureza, hidroterapia, magnetismo animal e eletromagnetismo. A preocupação estava em purificar o corpo e a mente da contaminação das cidades e de seus costumes libertinos. Assim, estâncias para tratamento eram criadas no campo¹⁶⁰, o esporte era incentivado e a alimentação regrada.

Entretanto, a ética religiosa não resistiu ao utilitarismo. Adequando-se às novas circunstâncias sociais e econômicas, a desconfiança puritana com relação ao corpo e ao gozo dos sentidos foi sendo substituída pelo preenchimento do tempo livre com atividades

¹⁶⁰ Kellogg criou o que se pode chamar de primeiro centro de bem-estar dos EUA, *Battle Creek Sanitarium*, onde tratava intelectuais, políticos e pessoas influentes da elite americana.

corporais disciplinares e com os esportes (Cf. COURTINE, 1995). Por meio de controle disciplinar corporal, pretendia-se restaurar uma ordem moral perdida com o declínio da autoridade da religião e da família. Para isso, era necessário fortalecer as resistências do indivíduo contra as tentações do mundo. O corpo já não seria enjeitado, nele se expressariam as qualidades do bom cristão; os músculos testemunhavam vigor, saúde e força moral adquiridos no trabalho sobre si (Cf. COURTINE, 1995, p. 91). Assim como na Igreja da Inglaterra, também nas igrejas americanas o esporte era considerado um bom meio de atrair os jovens e purificar os corpos, desviando-os das tentações (Cf. VIGARELLO; HOLT, 2008, p. 435). A imagem de “atleta de Deus” sustentava a obrigação moral de cuidar do corpo e esculpi-lo. A transformação corporal representava, simbolicamente, o renascimento individual, a metamorfose do indivíduo em um novo humano.

No final do século XIX, o controle repressivo das atividades corporais deu lugar a um “controle positivo”, segundo Courtine (1995, p. 90), com o qual os reformadores tentavam, pela educação para os esportes, desenvolver o autocontrole e a autodisciplina nos indivíduos, para que eles próprios regulassem sua conduta, recusando os novos valores morais e corporais que emergiam da sociedade de consumo que estava nascendo. Por outro lado, os sanitaristas puritanos contribuíram fortemente com as necessidades capitalistas fornecendo as bases morais para um “autogoverno ativo” do corpo no cotidiano para dele extrair força e energia para o trabalho (Cf. COURTINE, 1995, p. 90). Dever e prazer, lazer e trabalho, passaram a ser conciliados nos esportes, de modo que “ninguém ficaria mais sem fazer nada” (COURTINE, 1995, p. 94).

Os puritanos tiveram importante papel de cruzados higienistas durante o século XIX; tinham a pretensão de corrigir o mundo, implantando regras morais que julgavam corretas e que, do seu ponto de vista, fariam bem a toda a sociedade¹⁶¹. Atuaram como “empreendedores morais”, conceito de Howard Becker (2008) referente àqueles grupos que acreditam ter a missão sagrada de melhorar a vida das pessoas que estão abaixo deles na estratificação social, pela modificação de seus hábitos e costumes. Segundo Becker (2008, p. 154-155), “as cruzadas morais são em geral dominadas por aqueles situados nos níveis superiores da estrutura social”, que conseguem implantar leis¹⁶² para impor seu próprio código moral. A luta puritana pela regulação jurídica da moral e dos costumes frequentemente conseguiu apoio

¹⁶¹ Os movimentos americanos de temperança também tinham forte motivação de ajuda humanitária aos mais pobres e agregaram-se a outros movimentos civis com inspiração igualitária (abolicionismo, feminismo) na luta por direitos humanos (Cf. BECKER, 2008, p.154).

¹⁶² Os reformadores puritanos conseguiram impor leis que regeram a sexualidade no século XIX e a Lei Seca dos EUA, nos anos 1930 (Cf. BECKER, 2008).

de especialistas (advogados, juristas, médicos, psiquiatras) para a elaboração científica e coerente das regras (Cf. BECKER, 2008).

De acordo com o historiador do corpo Jean-Jacques Courtine (1995, p. 93), o pensamento puritano “contribuiu para incluir o cuidado com o corpo entre as obrigações morais” e estabeleceu “os fundamentos psicológicos” para a prática de esportes, que tanto seduziu os americanos, enquanto “o discurso científico estabeleceu as suas bases metodológicas”. As percepções científicas desenvolvidas no século XIX estabeleceram uma noção dinâmica de corpo em processo, que pode ser modificado por meio de intervenção. Moldar o corpo e a personalidade passava a ser visto como uma “questão de condicionamento” que dependia somente do indivíduo.

(...) crença, com acentos religiosos e proselitistas, de que uma metamorfose corporal é possível; a ideia de que a salvação individual e a regeneração da nação dependem simultaneamente dessa metamorfose; uma rejeição à instituição médica acentuada pela vontade de se responsabilizar pela saúde do próprio corpo; e, enfim, um senso de comércio, que percebeu desde cedo que o corpo é um mercado. É sobre o fundo dessa genealogia religião-saúde-comércio que se inscreve sempre a racionalidade das práticas contemporâneas do corpo americano. (COURTINE, 1995, p. 89).

A religião teve importante papel na constituição de uma cultura americana de construção corporal e de valorização dos esportes, ajudando a fundar um estilo de vida ancorado na disciplina física e moral (Cf. COURTINE, 1995, p. 93). Também colaborou para o que Courtine denominou “puritanismo ostentatório”, no qual a exibição do corpo musculoso é estimulada como demonstração da virtude cristã e da força moral do americano branco. Surgia um novo ideal de beleza masculina associada aos músculos trabalhados pelos esportes ou halteres. “No imaginário americano, desde então, a nudez masculina permaneceu indissociável do estufamento do tórax. Um corpo de homem, se é musculoso, não está jamais verdadeiramente nu” (COURTINE, 1995, p. 96).

Além da construção da própria personalidade por meio da modelagem corporal - influência puritana que resultou no culto americano ao corpo -, muitos dos hábitos enaltecidos pelos reformadores americanos (vegetarianismo, cereais integrais, etc.) inspiraram mais tarde os cuidados alternativos com a alimentação e a saúde, vindo a ingressar na cultura de massas do final do século XX, dentro do chamado *estilo de vida saudável*.

3.4. Literatura de autoajuda e psicologia popular: o culto ao poder mental

Concebida por movimentos intelectuais românticos de vanguarda com inclinação mística – escritores, artistas e boêmios -, a perspectiva integrativa entre corpo, mente e espírito foi amplamente difundida para as camadas médias urbanas americanas e europeias pela literatura de autoajuda do final do século XIX. Emergia uma visão de corpo que não era propriamente religiosa, embora não fosse estritamente secular, pois envolvia uma série de concepções metafísicas e preceitos mágicos, visão essa adotada também em novas seitas e igrejas cristãs americanas adeptas do monismo¹⁶³. Presumia-se que o corpo, além de interligado à mente, estaria totalmente sob o seu comando, podendo ser controlado até mesmo em ações reflexas ou inconscientes por meio da autossugestão. Aqui encontramos as raízes da psicologia positiva de Martin Seligman, da neurolinguística de Lair Ribeiro e até mesmo das teorias neurológicas que visam comprovar que a fé e o otimismo fazem bem para a saúde.

Pela sua ampla extensão, na passagem para o século XX, o fenômeno conhecido como literatura de autoajuda ocupou, a nosso ver, o lugar dos antigos tratados de saúde, no sentido de oferecer regras práticas para cuidar do corpo e da alma, introduzindo agora a dietética mental. O gênero teve diferentes vertentes e transformou-se ao longo do último século. Inicialmente tendendo ao místico, passou a priorizar a magia da mente e o carisma da personalidade, para mais tarde, nos anos 1960, fundamentar terapêuticas do *Eu* que visam o desenvolvimento do potencial humano. Uma das principais colaborações culturais dessa literatura foi a atribuição de poder a qualquer indivíduo para prosperar, ser feliz e ter saúde sem depender das condições sociais ou políticas. Com isso, legitimou a responsabilidade pessoal pelo próprio adoecimento. Nesse contexto, o autocuidado é parte fundamental da autoajuda; cuidar-se e ajudar-se são condutas similares, no sentido de resolverem os problemas da existência de modo individual, “na mais inaudita solidão”, como diria Weber.

Os hábitos de cuidados com o próprio corpo ou alma tiveram diferentes significados morais no transcorrer dos séculos XVI a XIX. Quer fossem religiosos ou médicos, relacionaram saúde e virtude distinguindo bons cristãos e pessoas sãs dos demais. A conciliação entre autoajuda e autocuidado ofereceu um benefício individual adicional distinto da salvação da alma ou da preservação da espécie: a maximização do poder mental para enfrentar os desafios e realizar desejos. Mais do que os modelos dietéticos anteriores, os métodos de saúde propalados pela autoajuda são de fato hábitos de autocuidado, uma vez que

¹⁶³ Tais como a Ciência Cristã, Igreja da Unidade, Igreja da Ciência Divina. Para o monismo, a humanidade e Deus não são separados e compartilham da mesma essência.

estão direcionados totalmente para o indivíduo e para o desenvolvimento do *Eu*. A ideia de existência desse *Eu* psíquico ou mental não existia anteriormente. A ocupação com a própria saúde difundida por essa literatura é individualista e não tem a moral coletiva como referência, muito embora continue conferindo distinção para os fortes que dominam a própria vontade, autocontrolando a mente e o corpo. Nesse caso, a ética religiosa de caráter místico, presente na literatura de autoajuda do século XIX, cedeu lugar a uma “ética instrumental do sucesso” (Cf. SCHLUCHTER, 2011), com objetivo de aumentar o poder pessoal.

O termo autoajuda foi cunhado por Samuel Smiles em livro de mesmo nome, publicado em 1859. Tratava-se de palestras para alguns trabalhadores ingleses que se reuniam para estudar juntos auxiliando-se mutuamente. Utilizando biografias de homens que saíram do nada e alcançaram sucesso sozinhos (*self made men*), a autoajuda mencionada no livro refere-se ao poder individual de fazer-se por si mesmo (Cf. ILLOUZ, 2008, p.153). No entender de Smiles, o progresso e a prosperidade não resultariam das reformas políticas ou institucionais, mas da educação dos indivíduos para o auxílio a si próprios (Cf. RÜDIGER, 1996, p.36). De acordo com Eva Illouz (2008, p.152), a ideia de responsabilidade individual pelas próprias condições sociais era uma noção difundida na sociedade vitoriana, da qual a autoajuda de Smiles foi um exemplo. A felicidade e a prosperidade estariam condicionadas pela força de vontade de cada um para cultivar bons hábitos (tais como abstinência de álcool e dedicação ao trabalho continuado na profissão) e para desenvolver o caráter, tendo em vista o dever de ser útil socialmente (Cf. RÜDIGER, 1996, p.33). A autoajuda de Smiles não estava voltada para a satisfação dos desejos individuais, mas para o cumprimento do dever com a sociedade, embora fosse também um dever para consigo mesmo. A ação independente, por conta própria, sem que ninguém mandasse, em benefício do próprio aprimoramento, poderia distinguir o indivíduo das massas, era esse o senso inicial da autoajuda. Entretanto, a motivação de Smiles tinha características éticas de preservação da moral cristã, sua preocupação era a conciliação dos valores tradicionais religiosos com o individualismo crescente.

Do outro lado do Atlântico, esse tipo de literatura não era novo. Ainda no século XVIII, Benjamin Franklin aconselhava condutas virtuosas aos jovens, que os levariam ao enriquecimento, dentro do espírito do capitalismo tão bem descrito por Weber. De acordo com Bellah *et al.* (1996, p. 56-57), desde a chegada às colônias a formação cultural americana enfatizou a autoconfiança, a autossuficiência e o fazer por si próprio, socializando as crianças de modo a estimular sua independência, a deixar a casa dos pais e fazer a vida por conta própria. O princípio da autoajuda, ainda que não tivesse essa designação, estaria fortemente

enraizado na cultura americana. Não surpreende que, portanto, os EUA tenham sido o solo onde a literatura de autoajuda floresceu, embora ali também tenha adquirido novos contornos.

Nos EUA, a ideia de auxiliar a si próprio foi propagada a partir do conceito de autocultivo divulgado por Ralph Emerson. O filósofo americano pretendia levar o cultivo da personalidade e da autoconfiança para todas as classes sociais, num projeto de democratização educacional (palestras e conferências, fundação de escolas, bibliotecas e museus), cujo objetivo era orientar operários, agricultores, empresários, artesãos, para que desenvolvessem suas habilidades e buscassem uma “solução particular para os problemas do tempo presente” (EMERSON apud RÜDIGER, 1996, p.52). As ideias de Emerson influenciaram fortemente a cultura americana, sobretudo a intelectualidade e os estratos letrados, com a ideia de escolha individual e de fazer por si mesmo. Emerson, por exemplo, dizia: “nós apenas merecemos a propriedade se trabalharmos para tal”, a primeira obrigação econômica é para consigo mesmo (Cf. BELLAH *et al.*, 1996, p. 56); opunha indivíduo e sociedade; pregava a solidão e o afastamento da esfera pública para o mundo interior (Cf. RÜDIGER, 1996). O cultivo emersoniano da personalidade tinha o significado espiritual de encontro com forças cósmicas que residiriam no interior dos indivíduos.

A concepção de um *Eu* a-histórico, natural e metafísico, cuja essência seria divina, foi propagada junto com as ideias emersonianas. O autocultivo americano era uma ética que emprestava elementos da cosmovisão mística de tradições hindus, mas embasava condutas individualistas. Por outro lado, apresentava uma utopia espiritual de integração dos indivíduos entre si numa teia cósmica. Apesar do panteísmo místico, de acordo com Bellah *et al.* (1996, p.233), as ideias de Emerson e dos transcendentalistas tiveram grande importância no contexto acadêmico americano, alcançando a elite e os estratos médios bem educados. Contribuíram tanto para o individualismo religioso quanto para a ideia secular de que é possível construir um *Eu* independente do meio social (Cf. RÜDIGER, 1996).

Bastante influenciado pelos românticos ingleses, Emerson lançava a ideia de evolução espiritual de uma personalidade singular, que pensa por si própria, livre das amarras da sociedade e dos dogmas religiosos. Acreditava que o desenvolvimento espiritual solucionaria os problemas da humanidade (Cf. RÜDIGER, 1996, p. 61), não por meio de instituições religiosas, mas mediante uma religiosidade individualizada que possibilitasse a experiência pessoal da fé e o conhecimento pela própria consciência. Sua preocupação não era a degeneração física ou moral, mas a degeneração espiritual que impediria a democracia plena. O autocultivo seria um exercício de despojamento das influências sociais para reencontrar

uma natureza interior, perfeita e boa, que corresponderia à verdadeira subjetividade. Denominada “*Eu Superior*”, a consciência divina existiria em cada indivíduo, sendo seu elo com o restante da humanidade, protegendo as individualidades de cederem ao egoísmo, às falhas morais e à falta de solidariedade.

A definição da categoria *self* pelo psicólogo americano William James, como sendo um centro do indivíduo com vontade própria, teve por parâmetro o “*Eu Superior*” e a possibilidade de uma personalidade perfeita (Cf. RÜDIGER, 1996, p.98). Muito interessado na explicação de fenômenos parapsicológicos (telepatia, mediunidade, cura magnética, etc.) e na ação neurológica dos alucinógenos (Cf. ROSZAK, 1972, p. 162), James criou a “psicologia positiva”, para investigar as relações entre experiências religiosas e funcionamento do cérebro, traduzindo os princípios espirituais para uma linguagem de “eficiência terapêutica” (Cf. RÜDIGER, 1996, p.107). Pode-se dizer que ele foi o precursor dos estudos sobre neurologia e espiritualidade. Junto com outros intelectuais, fundou o *Clube Metafísico* e uma doutrina filosófica baseada na utilidade das ideias em termos práticos, segundo a qual a experiência religiosa seria útil e necessária para a saúde mental, fossem as crenças verdadeiras ou não. O mais importante era o efeito prático da fé para o indivíduo. Afirmava ainda que a fé e a religiosidade eram intrínsecas à humanidade, tendo bases biológicas.

Na passagem do século XIX para o XX, surgiu o movimento *Novo Pensamento* (NP), pioneiro na literatura de autoajuda, que se apoiava nas crenças transcendentalistas de potencial individual divino e na psicologia positiva de William James, sobre a qual se fundamentavam as práticas mentais. O NP reunia cristianismo, espiritismo, hinduísmo, budismo, evolucionismo, ocultismo, mesmerismo num conjunto denominado *Nova Psicologia*; também sofreu influências da teosofia e do esoterismo. No final do século XIX, era privilegiado o relato místico de comunhão com um poder cósmico supremo, mas, nas primeiras décadas do século XX, o autocultivo foi reinterpretado como desenvolvimento de poderes mentais para a formação de uma personalidade de sucesso, resumindo-se, a partir daí, principalmente, a técnicas mágicas de condução da vida cotidiana (Cf. RÜDIGER, 1996).

No começo do século XX, o NP defendia uma nova psicologia otimista, com a qual seria possível dominar o corpo e o inconsciente pela força da vontade. Também afirmava a existência de uma mente “superior”, conectada a forças cósmicas e metafísicas mais amplas, capaz de dirigir o corpo em direção à saúde, à prosperidade e ao sucesso. Enquanto a psicanálise ainda lutava por reconhecimento, a literatura de autoajuda do NP introduzia os

cuidados mentais nos estratos médios alfabetizados americanos e europeus, utilizando uma linguagem popular, que se pretendia científica, embora recusasse o materialismo, afirmando uma nova ciência que explicava o poder da mente sobre o próprio corpo e sobre o meio. Para a literatura mentalista de autoajuda, pensar é poder (Cf. RÜDIGER, 1996, p.77); não no sentido de raciocínio intelectual, mas como emanção vibracional que pode alterar a realidade. A imagem criada na mente determinaria ou atrairia determinadas circunstâncias; o pensamento “positivo” ou “negativo” teria força de realização concreta; podendo, inclusive, curar o próprio corpo¹⁶⁴. É interessante notar que essas noções ainda estão presentes atualmente, em práticas de visualização e exercícios mentais utilizados em pesquisas neurológicas (Cf. ORTEGA, 2009b); porém, o poder da mente foi substituído pelo poder do cérebro.

Na concepção do NP, a exploração do potencial mental assumia total importância para a saúde e para a vida cotidiana. Os livros colocavam ao alcance de pessoas comuns, de qualquer classe social, métodos cotidianos (geralmente antigos, secretos e revelados por iniciados) para ter saúde e paz de espírito. Imputavam aos indivíduos o poder de evitar o adoecimento, bem como o poder de curar-se pela força mental¹⁶⁵, contribuindo para a construção de um imaginário comum, segundo o qual “só é doente quem quer”. Poder da mente e poder da vontade eram confundidos com poder mágico do desejo. A concretização do desejo dependeria da subjugação da vontade pela mente e da adoção de bons hábitos corporais e mentais (meditação, treino de concentração, memorização e outras ginásticas mentais para maximização da mente), buscando a purificação. Não se tratava do uso da razão para dominar os instintos, como preconizavam os antigos tratados dietéticos. Aqui a mente superior e seus poderes mágicos se sobrepunham à razão, ainda que a linguagem da racionalidade científica

¹⁶⁴ Um publicista do NP explica, em livro de 1910, que a mente subconsciente está em todo o corpo, organizando as ações e reações fisiológicas involuntárias. Cada célula do corpo teria uma inteligência, uma mente orgânica. Assim também cada órgão, composto por um grupo de células, possui uma mentalidade própria, correspondendo a uma entidade. O NP acreditava ser possível controlar a mente subconsciente por meio de autossugestão e atenção mental dirigida, o que atingiria, por sua vez, a mente celular e recuperaria a saúde biológica. A vitalidade, em última instância, resultaria da ação sobre a mente subconsciente. Energia vital, para o NP, equivaleria à energia mental. (Ver, de W.W. Atkinson, *A Mente e o corpo*, 1910).

¹⁶⁵ “(...) devemos ter o cuidado de sempre conservar-nos no estado mental que constrói e fortifica pensando constantemente pensamentos de saúde, felicidade, bem, alegria, esperança, confiança e coragem. A fim de conservar este estado de pensamento positivo é necessário desenvolver a força de vontade. A vontade é o poder motor e a força dirigente em todos os aspectos de nossa vida, porém desenvolvemo-la especialmente para a concentração e o domínio do pensamento. Este é o eu superior – a vontade infinita. Exercei-a com vigor e aprendei a confiar nela. Afirmar o seu poder assim como afirmas o poder dos músculos em exercício e ele se manifestará, dando um pensamento positivo, e as secreções do corpo se normalizarão, a circulação do sangue se conservará no equilíbrio conveniente para garantir a constante nutrição das células do cérebro, seu vigor constante e energia de domínio de todos os órgãos e tecidos do corpo, de forma que esta vasta e complicada máquina trabalhará harmoniosamente na produção da nutrição, elaborando os elementos da alimentação” (W.W. Atkinson, *A Mente e o corpo*, 1910, p. 188-189).

fosse utilizada para conferir credibilidade ao que era proposto.

Em torno dos anos 1920, as crenças em um “*Eu Superior*” e no poder do pensamento positivo se mesclaram ao culto americano da personalidade e do sucesso e ingressaram na nascente indústria cultural de uma forma mais utilitária¹⁶⁶. A literatura de autoajuda passava a prenunciar o sucesso para todo indivíduo que possuísse força pessoal para alcançá-lo. Força que poderia ser comparada a um carisma mágico da personalidade, desenvolvido pelo treino da mente e do controle das emoções. Sucesso corresponderia então a ter riqueza, saúde e poder, especialmente poder de liderança e de convencimento do outro, além de certo “magnetismo” observado no olhar, nos gestos, no tom de voz, na expressão corporal. Não estavam mais em questão os valores éticos espirituais, a formação de caráter e o bem comum, mas, sim, a construção de uma personalidade carismática adequada ao novo mercado de trabalho. O sucesso profissional e financeiro começava a depender da imagem pública a ser construída e administrada pelo autocontrole emocional e corporal (Cf. RÜDIGER, 1996; LASCH, 1983). A autoajuda forneceria os métodos práticos para desenvolver as potencialidades carismáticas de um vencedor. Os textos ensinavam como explorar a personalidade no campo das relações humanas, como adquirir autoconfiança e legitimar a própria conduta, como seduzir pessoas. Já naquela época, autorrealização começava a confundir-se com sucesso, mas, conforme Rüdiger (1996, p. 19), não se restringia à situação financeira e à posição social; incluía também bem-estar psicológico pela conquista dessa posição.

Em tempos de fortes mudanças de valores, novamente surgia a problematização sobre a conduta de vida e o governo de si. A sociedade capitalista exigia cada vez maior afastamento dos valores tradicionais e a autoajuda oferecia respostas pragmáticas, até mesmo receitas: não só ensinava como obter saúde, mas como pensar (positivamente), como levar a vida cotidiana, como se tornar uma personalidade de sucesso pelo domínio do subconsciente. Esse gênero literário preenchia necessidades das camadas urbanas despreparadas para enfrentar a imposição social de se tornarem indivíduos, ao mesmo tempo em que almejavam maior liberdade de expressão ante à autoridade da família patriarcal e das igrejas (Cf. RÜDIGER, 1996, p. 28). Potencialmente, o leitor de autoajuda era aquele homem comum que não conseguia adaptar-se à nova realidade cosmopolita e que buscava orientação para agir profissionalmente no mundo competitivo das corporações e para conduzir a vida privada. Os

¹⁶⁶ Os principais autores de autoajuda da primeira metade do século XX - Napoleon Hill, Dale Carnegie e Norman Vincent Peale - ensinavam como fazer amigos, influenciar pessoas para atender suas ordens e usar o pensamento positivo para obter sucesso e prosperidade (Cf. RÜDIGER, 1996).

manuais de autoajuda traziam fórmulas, técnicas e conceitos para conviver com a nova ideia psicológica de inconsciente, para gerir os relacionamentos e descobrir a própria identidade, além de oferecerem vantagens nos negócios (Cf. RÜDIGER, 1996, p.19). Todas essas metas estariam ao alcance de quem seguisse essa cartilha mental e tomasse pulso de si próprio.

Com o tempo, o ingrediente psicológico foi sendo incluído fortemente na literatura de autoajuda¹⁶⁷. A psicologia ganhava importância como saber auxiliar dos aparelhos estatais na administração das populações, sobretudo na educação. A autoridade dos pais, da família, foi sendo substituída pela dos agentes especialistas (educadores, assistentes sociais, pedagogos, psicólogos, médicos). Embora o indivíduo ganhasse maior liberdade de ação, aumentava sua dependência do saber psicológico para a administração da própria vida. A psicologia passava a ser um referencial de como agir no mundo (Cf. LASCH, 1983).

Na perspectiva de Eva Illouz (2008), autoajuda e psicanálise contribuíram para o surgimento de uma narrativa terapêutica das individualidades, que se traduz em práticas de investigação de si e de autotransformação. Todavia, a autoajuda criou um novo modelo de cuidado consigo – físico, mental e espiritual – muito mais popular que a psicanálise. Engendrou um modo de constituição da própria personalidade como indivíduo ideal, por meio de autocontrole e da autodisciplina, tendo como gratificação a possibilidade de obter saúde perfeita, sucesso, bons relacionamentos e bem-estar psíquico. O saber psicológico, massificado pela literatura de autoajuda, estimulava a autoinvestigação, o autoescrutínio, a auto-observação, o automonitoramento, com o objetivo de domínio de si e também de domínio do outro. Ganhava destaque o desenvolvimento da arte de influenciar para a venda de produtos ou da própria personalidade, pela via da manipulação mágica das vibrações mentais, se fosse necessário (Cf. RÜDIGER, 1996). O dever ético já não estava no trabalho profissional e na santificação da vida mediante o autocontrole. O dever passava a ser a realização individual de um “*Eu* bem-sucedido”, por meio da autoajuda e do autocuidado mental, para obter benefícios basicamente utilitários e psicológicos.

A noção de autocuidado combinada à noção de autoajuda confunde-se, então, com a busca de uma identidade para um *Eu* fragmentado pelo processo de afastamento do modo de vida tradicional. A prioridade deixava de ser a saúde biológica. O corpo passaria a ser objeto

¹⁶⁷ Norman Vincent Peale, por exemplo, além de publicista do pensamento positivo, era pastor da Igreja da América. Com fundos da igreja, manteve uma clínica para tratamento psicológico e criou a Fundação Americana de Religião e Psiquiatria, em 1937, dirigida por médicos, psicólogos e psiquiatras. A intenção era utilizar a religião como medicamento para os problemas psíquicos, conduzindo a uma vida feliz. Peale manteve o programa de rádio *A arte de viver* por décadas, divulgando o poder do pensamento positivo para a saúde mental. A experiência do rádio e da clínica levou à publicação de *O poder do pensamento positivo*, em 1952 (Cf. RÜDIGER, 1996, p. 111).

de autocuidado como parte de um projeto de melhoramento da personalidade, não do caráter¹⁶⁸. Foi o primeiro passo para o desenvolvimento de um “culto do desempenho” (Cf. EHRENBERG, 2010a) que estimula um tipo de autoaperfeiçoamento que não é místico nem ascético, é terapêutico, no sentido de convergir para a cura de uma personalidade considerada inferior.

3.5. Sociedade de consumo e descontentamento do *Eu*: aperfeiçoamento de si e cuidado com a própria aparência

Uma série de confluências culturais, a partir da década de 1920, produziu a proliferação da ideia de aperfeiçoamento da própria personalidade, semeando uma suspeita permanente em relação ao *Eu* e o descontentamento consigo e com seu corpo. Além do estímulo da autoajuda para o desenvolvimento do magnetismo pessoal, a ascensão da psicanálise e de outras linhas de psicoterapia criou uma nova linguagem para a interpretação das emoções e dos relacionamentos, e um novo modo de entendimento de si próprio com mais legitimidade intelectual. A psicologia foi apropriada pela publicidade como ferramenta de indução ao consumo e incluída nos meios de comunicação de massa (rádio, cinema, revistas femininas); expandiu-se para várias instituições (escola, exército, hospital, igrejas, empresas) alcançando amplos estratos populacionais com a mensagem de que é possível a transformação de si, ser outro indivíduo.

O capitalismo industrial passou por uma revolução tecnológica no início do século XX, quando as teorias administrativas de F. Taylor foram aplicadas à linha de montagem de carros fordista. A produção de mercadorias em série impactava altamente corpos e mentes dos trabalhadores, não só pela imposição de gestos repetitivos nas fábricas, como também pelo aumento da racionalização burocrática nos escritórios. Na ótica econômica, a maior capacidade produtiva demandava a ampliação do consumo; por isso, urgia educar as massas para gastar o dinheiro e não mais para poupá-lo (Cf. LASCH, 1990, p. 20). Deliberadamente, a intenção era modificar mentalidades e hábitos, em direção à quebra das tradições.

Na publicidade, a ênfase na utilidade das mercadorias deu lugar ao incentivo para a

¹⁶⁸ Featherstone (1991, p. 188) comparou dois livros de autoajuda do mesmo autor, Marden, verificando que em 1899, no livro *Caráter* a preocupação estava no desenvolvimento de virtudes como coragem, integridade, trabalho duro e parcimônia. Em 1915, em *Personalidade Magistral*, a ênfase estava no charme pessoal e capacidade de sedução, boa conversação, modo de se vestir, voltados para conquistar amigos e agradar os outros. Os principais adjetivos usados para a personalidade eram: “fascinante, maravilhoso, atraente, magnético, magistral, criativo, dominante, cheio de força, ardente, radiante”.

satisfação dos desejos individuais e apreciação da vida de modo hedonista. A publicidade fornecia novos valores individualistas que substituíam a moral tradicional. Como apontou Featherstone (1991, p. 172)¹⁶⁹, “a publicidade torna-se o guardião da nova moralidade seduzindo os indivíduos para o consumo de produtos e experiências antes restritos às classes altas”, trazendo “imagens de juventude, beleza, luxúria e opulência”, que despertavam “um longo e reprimido desejo” e lembravam “ao indivíduo que o autoaperfeiçoamento tem lugar em todos os aspectos de sua vida”. O consumo já existia, mas a partir de então sua consolidação cultural seria inexorável, passando a ocupar papel central na construção das individualidades.

No mesmo livro, esse autor observou que o *self perfeito* ou *Eu Superior*, idealizado nos manuais de autoajuda da passagem do século, foi deslocado nos anos 1920 para o que o autor chamou “*self performático*” (FEATHERSTONE, 1991, p. 188). As virtudes enaltecidas pelo puritanismo ascético - tais como parcimônia, temperança, engenhosidade - perderam importância com a ênfase na competição, promovida pela burocratização das corporações. O desenvolvimento da habilidade de manipular o próprio corpo para controlar as impressões causadas nas outras pessoas, e de interpretar gestos e tom de voz para identificar se o outro está entediado ou interessado na conversa, acabou produzindo uma atenção especial à linguagem corporal. A literatura de autoajuda fazia crer que construir uma personalidade agradável aos outros traria prazer e felicidade para o indivíduo, mensagem também veiculada pela imprensa e pelo cinema, cujas atrizes e atores encarnavam o ideal de aparência e de personalidade a ser atingido (Cf. FEATHERSTONE, 1991). Os indivíduos eram incentivados a buscar defeitos em si mesmos, avaliando-se pelas reações alheias e comparando-se com os novos padrões. Nesse sentido, a individualidade e a identidade pessoal eram problematizadas tendo como referência o modelo apresentado pela publicidade, apoiada pelas mídias de massa.

O *self performático* tornou-se mais amplamente aceito no Entre Guerras com a propaganda e a publicidade. Hollywood e a imprensa popular legitimaram o novo ideal para ampla audiência. Na cultura de consumo, os indivíduos são convidados a tornarem-se atores e a automonitorar sua própria performance. Aparência, gestos, comportamento corporal foram tomados como expressão do *self*, as imperfeições corporais e a falta de atenção com os cuidados penalizariam as interações cotidianas. (FEATHERSTONE, 1991, p. 189)¹⁷⁰.

¹⁶⁹ “Advertising became the guardian of the new morality enticing individuals to participate in the consumption of commodities and experiences once restricted to the upper classes (...) Images of youth, beauty, luxury and opulence became loosely associated with goods awakening long-suppressed desires, as well as reminding the individual that he/she has room for self-improvement in all aspects of his/her life”.

¹⁷⁰ “The ‘performing self’ became more widely accepted in the inter-war with advertising, Hollywood and the popular press legitimating the new ideal for a wider audience. Within consumer culture individuals are asked to become role players and self-consciously monitor their own performance. Appearance, gesture, and bodily demeanour become taken as expressions of self, with bodily imperfections and lack of attention carrying penalties in everyday interactions”.

O Entre Guerras foi rico em mudanças dos costumes, tanto na América do Norte quanto na Europa. As colunas de aconselhamento e a publicidade se incumbiram de divulgar uma nova corporeidade hedonista, com direito ao prazer e ao bem-estar psicológico, que ao mesmo tempo poderia estimular a melhoria da posição econômica e social. O cinema, o rádio e a imprensa propagavam um novo jeito de viver e novas normas de conduta. A influência tanto da literatura de autoajuda quanto da psicologia, na propaganda e nos meios de comunicação, foi bastante forte, contribuindo para o estabelecimento da sociedade de consumo. O *Eu* e o corpo começavam a transformar-se em mercadoria para a venda. A boa forma corporal era, desde aquela época, um signo de sucesso ou de fracasso. Featherstone (1991, p. 171) adverte que o principal interesse passou a ser administrar a impressão causada pela aparência: “Na cultura de consumo, o corpo interno e o corpo externo tornam-se combinados: o primeiro propósito da manutenção do corpo interno torna-se o melhoramento da aparência do corpo externo”¹⁷¹.

Por diversos motivos, os costumes puritanos perdiam a importância, desenvolvia-se o sentimento de que era legítimo buscar satisfação pessoal e prazer no corpo, especialmente nas atividades físicas e nos esportes. De um lado, a popularização da psicanálise entre os estratos médios urbanos colaborou para o questionamento das interdições sexuais e para a exortação ao prazer corporal. Paralelamente, ocorreu a ascensão econômica de novas elites administrativas nas grandes corporações, menos afeitas às tradições e mais relaxadas com relação à moralidade sexual ou à ética protestante (Cf. LASCH, 1983). Na perspectiva de Lasch (1983), na primeira metade do século XX, as elites burocráticas teriam promovido novos padrões de dependência dos especialistas, um tipo de paternalismo dissimulado em participação democrática. Essas elites teriam substituído “a cura das almas pela cura da psique, a justiça cega pela justiça terapêutica, a autoridade pessoal por uma autoridade igualmente irracional de especialistas profissionais” (LASCH, 1983, p. 267), gerando uma conduta individualista de lazer, hedonismo e satisfação pessoal que se opunha à ética do trabalho para a acumulação. O executivo era um novo exemplo de homem bem-sucedido que substituíra a imagem do burguês proprietário do capital e dos meios de produção. A carreira burocrática era, teoricamente, mais acessível às pessoas, representando a esperança de mobilidade social, pois qualquer um poderia começar de baixo e tornar-se chefe ou supervisor pelo próprio esforço e mérito. As regras repressoras do corpo e do prazer foram flexibilizadas entre as novas elites; sexo e esportes passaram a ser considerados de modo mais positivo, o

¹⁷¹ “Within consumer culture, the inner and outer body become conjoined: the prime purpose of the maintenance of the inner body becomes the enhancement of the appearance of the outer body”.

entretenimento começou a despertar mais interesse, e aumentaram o consumo de álcool¹⁷² e o uso feminino de tabaco em público. O movimento de liberação feminina traçava uma nova imagem de mulher desvinculada da esfera doméstica.

A emergência da propaganda nos meios de comunicação de massa, assim como a utilização do corpo na publicidade, colaborou para o afrouxamento das tradições. A propaganda começava a evidenciar o corpo, especialmente o feminino¹⁷³. A beleza física era um investimento estimulado pela indústria dos cosméticos, que se desenvolvia. O uso da maquiagem, dos cremes e os cuidados para o embelezamento eram ensinados por estrelas de Hollywood¹⁷⁴, cuja aparência era imitada até mesmo em locais pequenos, onde imperava a moral tradicional. A autodisciplina corporal passava a ser motivada pela promessa de transformação em uma personalidade de sucesso, que incluía a construção de uma imagem vitoriosa e com maior poder de sedução sobre o outro sexo. O corpo deixava de ser pecaminoso e podia ser exibido; as roupas revelavam mais as formas, as saias eram mais curtas, o bronzeado e o jeito descontraído de viver eram exaltados por atores americanos. Os conflitos com a moralidade predominante na época não eram poucos, especialmente com relação à liberação da mulher. A maquiagem e os cosméticos, por exemplo, eram condenados e só chegaram às páginas das revistas femininas no final dos anos 1920¹⁷⁵.

Contudo, ainda que persuadido, o indivíduo não era totalmente passivo nesse processo; a adoção de novos valores atendia a uma reivindicação antiga na humanidade, de libertação individual das autoridades tradicionais, sobretudo do patriarcalismo e da moral cristã, com relação ao sexo e ao prazer. A liberdade de ser um “consumidor soberano” (LASCH, 1990, p.41) era atraente o suficiente, embora submetesse os indivíduos à dependência da compra de produtos e das prescrições de comportamento das mídias. As novas circunstâncias de competitividade do capitalismo demandavam uma nova personalidade autoconfiante e individualista, que não era exatamente uma opção, de forma que qualquer

¹⁷² Mesmo com a Lei Seca, que vigorou nos EUA entre 1920-1933, o consumo de álcool foi intenso nos bares clandestinos (Cf. COURTINE, 1995).

¹⁷³ Entretanto, como assinalou Courtine (1995, p. 98), os músculos masculinos já eram, antes disso, exibidos como sinal de força, caráter e masculinidade. Em 1921, Charles Atlas ganhava o título de mais bonito do mundo.

¹⁷⁴ Conforme Featherstone (1991, p.181), Hollywood criou grande interesse em áreas da vida privada das estrelas: o jeito de viver, as dietas e exercícios, cuidados e padrões de beleza. As revistas femininas entre 1920/1930 apresentavam segredos de beleza das estrelas como “chances de autoaperfeiçoamento [self-improvement], como a publicidade de remédios contra acne, peitos grandes ou pequenos, gordura [fatness]”. Sugeriam que as estrelas se haviam tornado bonitas pelo esforço, portanto, qualquer mulher poderia conseguir.

¹⁷⁵ Helena Rubinstein dizia, em 1930, “preservar a beleza é preservar a saúde e prolongar a vida” (Cf. FEATHERSTONE, 1991, p.179). Eva Illouz (2008, p. 54) conta que os anunciantes de cosméticos dos anos 1930 apelavam para conceitos psicológicos, como neuroses, autoconfiança e complexo de inferioridade, enfatizando os efeitos terapêuticos dos produtos nas mulheres. Os psiquiatras discutiam entre si se haveria uma patologia narcísica no uso feminino de maquiagem.

direcionamento para a construção do *Eu* era bem-vindo. Além disso, era bastante sedutora a ideia de que a transformação pessoal poderia destacar alguém dos demais, o que dava sensação de poder ao indivíduo ante a nova realidade.

Entre as vanguardas artísticas e intelectuais dos anos 1920-1930, passou-se a valorizar a espontaneidade do corpo e das emoções¹⁷⁶. As pulsões inconscientes deveriam ser libertadas das amarras tradicionais e disciplinares da moral vitoriana. O corpo era proclamado como instrumento de prazer. Esse período de hedonismo antecipava a contracultura dos anos 1960, na crítica ao utilitarismo e à ética protestante da acumulação (Cf. COURTINE, 1995, p. 100). Importava viver intensamente cada momento e ser feliz, consumir a vida enfim. A ênfase estava no imprevisto e na criatividade, em oposição à racionalização do corpo que ocorria no processo de produção em massa e à burocratização crescente da sociedade. Segundo Courtine (1995, p. 100):

Um cuidado com o bem-estar individual aparece nas críticas da ética puritana formuladas desde então. Reprova-se essa ética por investir a totalidade de energia do indivíduo americano em fins puramente utilitaristas, por exprimir e mesmo reforçar um medo do prazer.

Após a Primeira Guerra e com a prosperidade econômica americana, o clima era de festivo otimismo. Buscava-se o bem-estar psicológico, a alegria e o prazer pela via corporal, nas atividades físicas, nos esportes, nas experiências emocionais e sensoriais, comportamento depois incluído no universo da publicidade, influenciando novos hábitos. Clichês de bem-estar como “sentir-se bem” (*feeling good*), “viver o presente” e “estar em forma” (*being in shape*) começavam a aparecer nas mídias e anúncios publicitários (Cf. COURTINE, 1995, p. 101). Em conjunto com a cultura de consumo, nos EUA, nascia o cultivo do corpo associado ao bem-estar, concebido como estado de satisfação psíquica e felicidade, que incluía os cuidados com a aparência e a transformação da personalidade para viver de uma maneira mais positiva. Aliás, como frisa Courtine (1995, p.100), o corpo passava a compor a personalidade - cuidar do corpo era cuidar do *Eu*. Entretanto, o autor ressalta que não se tratava de uma ruptura radical com a moral puritana. A inovação com relação aos reformadores puritanos do século XIX era a reivindicação do prazer como direito legítimo. Mas, paradoxalmente, o impulso hedonista ancorava-se na obrigação moral de sentir-se bem e feliz, como consequência da boa forma física, da beleza corporal e da paz mental. “O sentimento de prazer provém de uma aplicação de um trabalho sobre a forma do corpo, que tende a se confundir, desde essa época, com uma virtude pública” (COURTINE, 1995, p. 101).

¹⁷⁶ Os boêmios americanos de Greenwich Village, Nova York, teriam sido os primeiros a adotar uma “ética do consumo” (Cf. FEATHERSTONE, 1991, p. 176) como celebração do momento e do prazer em protesto contra a ascese puritana e a acumulação.

3.6. O desenvolvimento da cultura psicológica no século XX

No início do século XX, enquanto a moral religiosa entrava em decadência, crescia a obsessão com a saúde mental. Os EUA foram extremamente receptivos à psicanálise, muito mais do que a Europa. Antes mesmo das primeiras conferências de Freud na Universidade de Clark, em 1909, teorias psicológicas e neurológicas de Willian James já eram usadas pela medicina americana como forma de combater as concepções metafísicas de cura mental. Esse cenário abriu caminho para a utilização da psicanálise por médicos (Cf. ILLOUZ, 2008, p. 32-33), ao contrário do que ocorria em outros países, onde psiquiatria e psicanálise eram rivais. Os publicistas americanos de autoajuda, por sua vez, buscavam legitimidade para suas técnicas nos conceitos psicológicos, preparando o terreno para a aceitação social da psicologia (Cf. ILLOUZ, 2008, p.29-30). A princípio combatida nos ambientes europeus, na década de 1920 a psicanálise já estava internacionalizada e integrada aos costumes de determinados grupos de elite europeus e americanos. Após a Primeira Guerra, expandia-se na Europa o tratamento psicológico para traumas de soldados em instituições governamentais, realizado por psiquiatras e psicanalistas.

De acordo com Eva Illouz (Cf. 2008, p. 30-34), Freud formulou uma linguagem interpretativa que dava sentido à modificação dos valores com relação à família, à sexualidade e à liberação feminina. Teve grande impacto cultural ao reorganizar a relação do indivíduo consigo e com os outros utilizando uma nova maneira de remeter o comportamento e a personalidade ao passado familiar. A origem da individualidade e das neuroses da quais as pessoas se pretendiam libertar estava na história da família (Cf. ILLOUZ, 2008, p. 38). Freud também trouxe o conceito de saúde mental para o cotidiano de um modo que não distinguia totalmente normal e patológico. Os sonhos demonstravam que mesmo as pessoas sãs possuíam desejos sexuais e agressivos alheios às regras morais impostas pela civilização. Assim, os comportamentos ou desejos mais corriqueiros poderiam ser indícios de perturbação psíquica, o que ampliava a lista de neuroses possíveis. As teorias psicanalíticas convidavam à interpretação cotidiana das próprias ações e pensamentos e à construção de uma narrativa familiar emocional. Freud, porém, não considerava a possibilidade de democratização da psicanálise, pois entendia que as neuroses de que tratava eram fruto da visão de mundo e dos problemas morais burgueses¹⁷⁷ que não faziam sentido para a vida cotidiana das classes

¹⁷⁷ Eva Illouz (2008, p. 198-199) resgata um exemplo proposto por Freud para ilustrar essa questão: a relação sexual entre duas meninas na infância, uma filha do proprietário do prédio e a outra filha do zelador, mas cujas experiências poderiam surtir efeitos diferentes em suas trajetórias sociais. A primeira, por neurose e por culpa,

proletárias. Embora seu pensamento tenha lançado bases sólidas para o desenvolvimento da psicologia no século XX, sofreu diversas reinterpretções que distorceram os princípios originais da psicanálise, apresentando-a como meio de obter felicidade individual para todos, o que, para Freud, seria inconcebível.

Desde o início, os pacientes americanos da psicanálise não eram apenas das classes médias e altas, mas também trabalhadores fabris, secretárias e artistas (Cf. ILLOUZ, 2008, p. 33). Em 1927, a psicanálise penetrava a área industrial. Nos EUA, a *Western Electric* contratou o psicanalista Elton Mayo para realizar uma pesquisa de longa duração com seus funcionários. Os resultados da sua análise, principalmente aplicada às operárias, indicavam que a possibilidade de aumento do contentamento, da docilidade e da produtividade, se os seus sentimentos e emoções dos trabalhadores recebessem mais atenção¹⁷⁸. A pesquisa serviria também para corroborar a ideia de que a solução dos problemas reside na condição emocional e psíquica dos indivíduos. A partir da década de 1920, nas organizações americanas, os testes de personalidade e inteligência passaram a ser aplicados aos candidatos a emprego (Cf. ILLOUZ, 2008).

Inserida no mundo das corporações recém-surgidas, a psicologia colaboraria para a administração dos recursos humanos nos ambientes industriais e empresariais. A sua institucionalização caminhou a passos largos na primeira metade do século XX, espalhando-se pelas mais diversas instâncias sociais, originando um novo jeito de lidar consigo mesmo e com os relacionamentos. Isso levou à proliferação de argumentos psicológicos que categorizavam as personalidades conforme um padrão de normal ou patológico, definido por profissionais, que exerceriam, desde então, o papel de árbitros sobre os comportamentos.

Sobretudo a partir dos anos 1940, com a imigração de vários psicanalistas para os EUA, que acabaram por incrementar as reformulações otimistas das teorias freudianas realizadas pelos americanos, a psicologia aderiu a uma perspectiva de adaptação dos indivíduos à realidade social, considerando como doenças psíquicas os desvios comportamentais, ou seja, aqueles contrários à ordem instituída. Em paralelo, na psiquiatria o

supostamente se transformaria numa solteirona devido à educação repressora, enquanto a segunda revelaria uma personalidade sexualmente mais aberta e menos neurótica, tornando-se uma atriz ou casando-se com alguém rico. Segundo Illouz, Freud sugere que as emoções e a estratificação social estavam interligadas e que as classes trabalhadoras possuem mais recursos emocionais, estando menos sujeitas às neuroses, justamente por serem menos reprimidas sexualmente.

¹⁷⁸ Segundo Lasch (1990, p.37), a *Experiência de Hawthorne*, como ficou conhecida a pesquisa de Mayo, demonstrou que “as queixas quanto aos baixos salários e a supervisão excessiva podiam ser neutralizadas pelo aconselhamento e pela observação psiquiátrica”. Os trabalhadores acompanhados elevaram sua produtividade “porque sentiram que alguém se preocupava com eles”. As reclamações de ordem emocional eram mais frequentes e intensas do que a reivindicação por melhores salários.

tratamento elétrico e as cirurgias cerebrais desenvolvidos desde a década de 1930 eram aplicados aos considerados “anormais”. Nas concepções da psicologia empresarial, por sua vez, o ajustamento social era promessa de sucesso na vida corporativa, enquanto a recusa de cooperação indicaria distúrbios emocionais e demandava atenção profissional (Cf. LASCH, 1990, p. 39).

Nos EUA, os seguidores de Freud adequavam a psicanálise e enfatizavam o possível controle do inconsciente como solução para a infelicidade. Na Europa, dissidentes como Jung e Reich contribuíram para a divulgação de conceitos psicanalíticos, embora reinterpretados sob um referencial místico¹⁷⁹, próximo das espiritualidades orientalizadas do século XIX, no caso do primeiro, ou combinados às teorias vitalistas¹⁸⁰, no caso do segundo. Em todas essas linhas, a chave para a satisfação individual e para a saúde mental residia no melhoramento de si. Também o psicanalista imigrante Franz Alexander, que, em 1939, fundou com Helen Dunbar a *Sociedade Psicossomática Americana* para a pesquisa de distúrbios biológicos de origem psicológica, afirmava haver interação entre corpo e mente no processo de adoecimento. A psicossomática, entretanto, foi um ramo esquecido da medicina até os anos 1990, quando foi reabilitada pelos estudos neurocientíficos.

Ainda conforme Illouz (2008), na cultura americana a combinação entre psicanálise e princípios da literatura de autoajuda, que são opostos, gerou um discurso que reforçou a crença na possibilidade de transformação em uma nova pessoa. A retórica psicológica da afetividade interpretou a realidade interior de uma maneira que oferecia felicidade e saúde como recompensa para a transformação de si e para o domínio do inconsciente. Não foi desenvolvida somente em solo americano, mas ali resplandeceu, juntamente com o ideal de autoaperfeiçoamento terapêutico e com a cultura de consumo que floresciam. Essas ideias ofereceram, para o indivíduo e para a sociedade, uma narrativa pessoal explicativa da situação social e tornaram-se quase onipresente nas sociedades ocidentais, sobretudo com a exportação da cultura de massas americana para outros países durante o século XX.

Como aponta a autora (ILLOUZ, 2008, p.3), a psicologia ajudou a construir um discurso que é uma “tecnologia política do eu”, um instrumento depois utilizado pelo Estado e pelas empresas, que apresenta como objetivo “emancipar a si mesmo”, mas faz do indivíduo

¹⁷⁹ Jung traduziu preceitos psicanalíticos em termos de um sistema “ético-religioso” de base moral (Cf. LASCH, 1990, p.193-194; RIEFF, 1987), no qual o *Eu* evolui em direção a uma personalidade “superior” reintegrada ao espírito.

¹⁸⁰ Reich interpretava a libido como uma energia vital que ele chamava de *orgone*, de ordem biológica, mas, nos seus anos finais esse conceito envolvia também um aspecto cósmico da vida enquanto tal. O corpo biológico era o lócus da psicoterapia reichiana, que considerava a incorporação das neuroses na estrutura muscular como causadora do adoecimento físico e mental (Cf. RIEFF, 1987).

alguém “gerenciável e disciplinado”. O conhecimento psicológico transformou-se numa “matriz cultural” e criou um estilo afetivo de entendimento das ações sociais, que também é uma poderosa forma de condicionar o indivíduo pelas normas institucionais.

O estilo afetivo terapêutico surgiu no período relativamente curto da Primeira Guerra Mundial até a Segunda Guerra Mundial, tornou-se solidificado e amplamente disponível após a década de 1960. Certamente, esse estilo se baseou em resíduos de noções de individualidade do século XIX, mas também apresentou um novo léxico para conceituar e discutir emoções e *self* no reino da vida comum e novas formas de lidar com a vida emocional. (...) A novidade cultural do estilo afetivo foi mais evidente onde talvez menos se esperasse, ou seja, na empresa norte-americana. Nas estruturas cada vez mais complexas do capitalismo corporativo emergente, gerentes operacionais estavam ansiosos para decifrar a chave para o controle eficiente e, assim, avidamente apreenderam a linguagem psicológica e as técnicas que pretendiam promover harmonia e produtividade (ILLOUZ, 2008, p.15)¹⁸¹.

Os códigos e os modos de ação psicológicos, no sentido de um profundo autoexame e busca de autotransformação, proliferaram nos estratos médios urbanos com a contribuição das várias indústrias culturais nascentes no início do século XX. O cuidado mental deslocava-se das mãos do indivíduo, que a concepção da autoajuda propiciava, para as mãos de especialistas, com autoridade para interpretar o *Eu*, seja na clínica, seja por intermédio das mídias. Antes consumidor de mercadorias, o indivíduo passou também a consumir terapias que auxiliassem em sua adequação à vida industrial (Cf. LASCH, 1990).

O modo psicológico de pensar sobre si e sobre os outros foi propagado entre os estratos alfabetizados, principalmente por uma nova literatura de aconselhamento nas mídias, que, tenha ou não direcionado comportamentos, criou uma linguagem propiciadora da autorreflexão, sobre as próprias ações, e da interpretação da ação de outros. A partir da década de 1930, a psicologia passou a influenciar a constituição das individualidades e organizar as relações sociais (Cf. ILLOUZ, 2008). As revistas femininas levaram a narrativa psicológica para um público bem-educado e ávido por novos valores, mediante a opinião de especialistas, conduzindo as leitoras na problematização de seus sentimentos (Cf. ILLOUZ, 2008, 2011, EHRENBURG, 2010b). Na década de 1940, com a publicação de livros de bolso, cujo custo era reduzido, o aconselhamento psicológico também se popularizou entre os públicos de classe média baixa da Europa e América do Norte (Cf. ILLOUZ, 2011, p.65). As revistas femininas da primeira metade do século traziam para o espaço público a discussão dos

¹⁸¹ “The therapeutic emotional style emerged in the relatively short period from World War I to World War II and became both solidified and widely available after the 1960s. To be sure, this style drew on residues of nineteenth-century notions of selfhood, but it also presented a new lexicon to conceptualize and discuss emotions and self in the realm of ordinary life and new ways of handling emotional life. (...) The cultural novelty of this emotional style was most apparent in the realm where it was perhaps least expected, namely the American corporation. Managers operating in the increasingly complex structures of the emerging corporate capitalism were eager to decipher the key to efficient control and thus avidly seized on a language and techniques that claimed to promote both harmony and productivity”.

problemas da vida privada, mas não estimulavam grandes questionamentos; a felicidade feminina apresentada ainda era aquela encontrada no cumprimento do papel de mãe e esposa (Cf. ILLOUZ, 2011; EHRENBURG, 2010b).

Após a Segunda Guerra, com os altos índices de traumas e problemas mentais dos soldados, o Estado americano tomou para si a responsabilidade sobre a saúde mental da população, criando, em 1946, um departamento exclusivo para isso (Instituto Nacional de Saúde Mental), e promoveu a formação de centenas de profissionais que levaram a visão psicológica para a vida familiar e escolar. Em 1952, foi publicada, pela Associação Americana de Psiquiatria, a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) com definições de normalidade e patologia, que serviriam de parâmetro institucional para a classificação dos comportamentos no mundo todo.

Todavia, na segunda metade do século XX, aquelas neuroses e distúrbios de personalidade derivados da repressão sexual familiar tematizados pela psicanálise já não eram tão representativos como antes. As principais queixas apresentadas aos psicólogos, a partir daí, diziam respeito a mal-estares difusos e sentimentos indefinidos de ansiedade, descontentamento, insatisfação, inadequação e tédio (Cf. LASCH, 1983; EHRENBURG, 2010b). Novos distúrbios psíquicos decorrentes da busca desenfreada por um *Eu* performático estavam surgindo no horizonte da sociedade capitalista, tais como a depressão¹⁸². Conforme Ehrenberg (2010b, p. 108), os estudos epidemiológicos sobre a depressão indicam que “é uma patologia da mudança e não uma patologia de dificuldade econômica ou social”, que “surgiu da abundância e não da crise econômica, num período de otimismo, progresso social e crescimento do bem-estar”¹⁸³. Segundo esse autor, estranhamente, justamente num período de maior prosperidade e saúde da história, as pessoas estavam cada vez mais deprimidas e sentindo-se vazias, sobretudo os mais jovens.

Além da ampliação das oportunidades de emprego e mobilidade social, na Europa e América do Norte consolidava-se uma nova consciência do *Eu*, devido à linguagem da

¹⁸² Segundo dados apresentados por Ehrenberg (2010b, p. 108), a OMS constatou que, no período 1952-1967, o número de relatos sobre estados depressivos tinha dobrado. Os termos depressão e estados depressivos entraram para o cotidiano da clínica médica e psiquiátrica, entre 1965 e 1970. Entre outras causas apontadas pelo autor (EHRENBURG, 2010b, p. 109) estão: a urbanização, as migrações com rupturas emocionais, as mudanças na estrutura familiar, e enfraquecimento dos papéis sexuais tradicionais.

¹⁸³ “Epidemiology teaches us that depression insinuated its way into our societies as a pathology of change and not as a pathology of economic and social difficulty; it accompanied the transformations affecting most of our institutions after the Second World War. It was the child of abundance, not an economic crisis. Depression took wing during the thirty years of prosperity following the war, during a period of economic progress, of growing well-being, and widespread optimism. Its prevalence, its scope, and its effect on the population’s state of health turned it into a public health problem”.

psicologia popular veiculada pelos livros e revistas. A visão de mundo hierárquica da sociedade disciplinar era rejeitada, a autoridade patriarcal era combatida, mulheres queriam assumir novos papéis, e novos modelos de interpretação psicológica para os problemas pessoais substituíam os princípios religiosos que perdiam força moral. A explosão demográfica fez surgir uma geração de jovens que, mais escolarizados e socializados na cultura individualista e psicológica, desenvolveram “um tipo de *self* menos disciplinado e conformista, um eu psíquico que se alegrava com a figura dele mesmo, agora esse *self* era uma legião” (EHRENBURG, 2010b, p. 117)¹⁸⁴. Na década de 1950, esses pacientes foram diagnosticados pelos psicanalistas americanos como narcisistas¹⁸⁵. Seus principais sintomas eram desapontamento e crise de identidade.

De acordo com Ehrenberg (2010b), nos anos 1960, entre os jovens europeus e americanos, construir o próprio destino era uma ideia completamente popularizada, que direcionava grande parte das pessoas, mas que trouxe inúmeras confusões sobre a identidade e a maneira de agir. Ao contrário das neuroses associadas à culpa, os novos problemas psicológicos apresentados em consultórios indicavam desassossego relativo à vergonha e ao fracasso: sensação de angústia e perda, como se estivesse em constante luto; incapacidade de lidar com frustrações, enfrentar conflitos e expressar as emoções; inabilidade de comunicação; complexo de inferioridade. As grandes perguntas eram: Quem sou *Eu*? Afinal, se o sucesso e a felicidade estão ao alcance de todos, o que há de errado comigo?

A transformação das personalidades insatisfeitas em pessoas felizes, autorrealizadas e bem-sucedidas era intensamente estimulada por revistas femininas europeias e americanas, cuja linguagem de aconselhamento era bastante autoritária, segundo Ehrenberg, que analisou o aparecimento da depressão nas revistas *Elle* e *Marie-Claire* (Cf. EHRENBURG, 2010b, p.111). No fundo, era oferecido um guia de bom comportamento para leitoras consideradas ignorantes, com prescrições do que se deveria fazer e propostas de adaptação, como formas de manutenção da estabilidade pessoal. Essas características ainda estão presentes no aconselhamento contemporâneo de saúde e bem-estar, veiculado pelas revistas VEJA, ÉPOCA e ISTOÉ.

¹⁸⁴ “Moral pluralism with no compliance to a single norm, the freedom to make one's own rules rather than having them imposed: the development of one's self became, collectively, a personal affair that society had to endorse. A type of self less disciplined and conforming than ‘psychic’, and enjoined to figure itself out on its own, was now legion”.

¹⁸⁵ O narcisismo na psicanálise não representa excessivo amor a si mesmo, mas o aprisionamento a uma imagem tão perfeita e idealizada sobre si, que gera insegurança e dependência da aprovação alheia, deixando o indivíduo impotente e paralisado (Cf. EHRENBURG, 2010b, p. 126). Em termos psicanalíticos, o ego narcisista é tão frágil que a frustração é intolerável; o indivíduo sente-se vazio. Também segundo Lasch (1990, p. 47), o narcisismo “significa uma perda de individualidade e não a sua autoafirmação”.

Ainda segundo Ehrenberg (2010b, p.115), após os anos 1960, a literatura de aconselhamento e os programas de rádio e TV orientavam a descobrir-se “quem se é”, lembrando o público da sua liberdade para fazer escolhas. A partir de então, essas revistas alardearam a depressão como um estado psíquico de pessoas normais, que não era doença nem loucura, cujos sintomas eram discretos e mereciam ser detectados. A questão era como reconhecer a depressão, por isso, as colunas de aconselhamento ensinavam a identificá-la (Cf. EHRENBURG, 2010b) e recomendavam a procura de ajuda, como ainda se faz hoje nas revistas brasileiras de atualidades. Naquela época, porém, os medicamentos para os humores mais cotidianos eram vistos com cautela.

De todo modo, nos anos 1960, a linguagem psicológica traduzia a vida interior e impulsionava a busca de identidades desvinculadas dos valores tradicionais. As mudanças radicais nos valores morais substituíram a repressão e as neuroses por desordens de personalidade, resultantes do desejo de adequação aos novos padrões de normalidade, que incluíam a liberação sexual e a autonomia. “O indivíduo estava sobrecarregado por um sentimento de inadequação” (EHRENBURG, 2010b, p. 103) que generalizava a depressão, a ansiedade e os transtornos difusos, de difícil diagnose, além do aumento de suicídio entre os *baby boomers* (p. 109). Como explica Ehrenberg, para os psiquiatras e psicanalistas, a principal característica dos novos distúrbios era um vazio percebido como vida sem sentido:

O neurótico era o indivíduo em conflito, que manifestava o conflito inconsciente. A personalidade depressiva, por outro lado, não foi capaz de trazer seus conflitos à luz, para dar-lhes forma, sentia-se vazio, frágil, e tinha dificuldade em lidar com frustrações (EHRENBURG, 2010b, p. 103)¹⁸⁶.

Assim, abriu-se um enorme mercado de tecnologias médicas e psicológicas, serviços para auxiliar os relacionamentos pessoais e novas especialidades profissionais como terapeutas de grupo e sexólogos, segmentos que engrossaram as fileiras da literatura de autoajuda, oferecendo bem-estar e paz interior como produtos para sanar o descontentamento com a própria personalidade (Cf. EHRENBURG, 2010b, p. 115). Ademais, com o crescimento da indústria farmacêutica e o surgimento de tranquilizantes e antidepressivos, no final dos anos 1950, o tratamento das disfunções psíquicas também passaria a ser realizado de

¹⁸⁶ “They emphasized the idea of a depressive personality. For them, the depressive syndrome was neither psychotic nor neurotic; rather, it was a ‘borderline state’. The neurotic was a conflicted individual, for she was ‘the one who manifest[ed] the unconscious conflict’. The ‘depressive personality’, on the other hand, was unable to bring her conflicts to light, to give them form; she felt empty, fragile, and had a hard time dealing with frustrations. (...) In psychoanalytic language, we could say that the personality in question found itself less in a conflictual state than in what we might call a split state, characterized by a sort of inner tearing apart, where the elements were neither in conflict with nor in relation to one another. The individual was overwhelmed by a feeling of inadequacy”.

forma química.

Nesse contexto, de emergência de mal-estares difusos, depressão e distúrbios psicossomáticos que a medicina ortodoxa não conseguia explicar nem resolver, desenvolveu-se a problematização da saúde como amplo estado de bem-estar, não mais restrito à ausência de doenças no plano biológico, mas estendido para o alcance da felicidade. O culto da felicidade e da autorrealização foi encabeçado por Abraham Maslow, Carl Rogers e outros dissidentes da psicanálise que compuseram o *Movimento do Potencial Humano* (MPH) e criaram a psicologia humanista, na década de 1960. Maslow chamava a atenção para a necessidade de autoestima e de realização pessoal, intrínseca ao ser humano, criando a ideia de que o “medo do sucesso é o que impede uma pessoa de aspirar à grandeza e à autorrealização”, concepção que teve grande ressonância na cultura americana, conforme Illouz (2011, p.67). O MPH influenciou várias correntes terapêuticas nas décadas posteriores, algumas das quais foram adaptadas para o gerenciamento de recursos humanos nas empresas¹⁸⁷.

Para a psicologia humanista do MPH, a autorrealização correspondia ao florescimento da máxima potencialidade de um indivíduo que lhe traria saúde, bem-estar, felicidade e plenitude. O conceito de saúde misturava-se ao de criatividade e espontaneidade. Saúde seria um estado inato e natural no ser humano, desde que não fosse impedido pelas perturbações mentais causadas pelo convívio social. Todos os seres vivos tenderiam à autorrealização, à saúde, à autonomia, à expressão de sua singularidade e ao aperfeiçoamento constante. Segundo Illouz (Cf. 2008, p. 159-160), essa era uma perspectiva evolucionista compartilhada por Rogers, que utilizava vida orgânica como principal metáfora para indicar a tendência humana à evolução. Rogers e Maslow acreditariam na capacidade humana para dominar o inconsciente, decidir os próprios atos e viver autenticamente, a partir da percepção de suas potencialidades. O impulso para a saúde física e mental dependeria de uma “vontade ativa” do indivíduo, o que contribuiria para o julgamento moral acerca dos comportamentos.

No entendimento de Freud, a psicanálise poderia amenizar o sofrimento psíquico e até torná-lo mais suportável, mas não haveria possibilidade de cura para as neuroses. Os pós-psicanalíticos, entretanto, esperavam transformar o cliente em um novo ser humano feliz (Cf.

¹⁸⁷ Illouz (2008, p. 187-190) realizou pesquisa de observação participante em grupo terapêutico inspirado no Movimento do Potencial Humano. O condutor do grupo – Enhard - reuniu autoajuda, zen-budismo e hinduísmo com técnicas reichianas de terapia em grupo. Criou uma empresa internacional (LEC), que oferecia *workshops* terapêuticos para a libertação pessoal, depois contratada por grandes empresas, para treinamentos realizados com seus funcionários. Enhard foi um dos pioneiros; inúmeras empresas desse tipo, voltadas para o treinamento e promoção de bem-estar, surgiram nos anos 1980-1990.

LASCH, 1983, 1990; CASTEL, 1987; RIEFF, 1987; ILLOUZ, 2008). A infelicidade tornava-se a nova patologia e as novas terapias instrumentalizam o indivíduo para a busca de felicidade, porém conservando “a exigência de intervenção por intermédio de técnicas especializadas” (CASTEL, 1987, p.145) para desenvolver seu potencial humano.

A psicologia humanista e a psicologia transpessoal criadas por Maslow participaram fortemente da efervescência mística da contracultura, servindo de fundamento para muitas das práticas terapêuticas que se seguiram, influenciando também as espiritualidades, os movimentos de saúde holística e as terapias *New Age*. Os conceitos e técnicas terapêuticas do MPH invadiam os meios empresariais com novas filosofias para humanização administrativa, na qual a autorrealização do trabalhador representaria crescimento para as empresas.

3.7. A revitalização da moralidade sanitária

Numa análise que, a despeito do tempo decorrido, permanece bastante atual, Robert Crawford já observava, em 1980, que uma nova consciência de saúde havia se popularizado e adentrado a cultura estadunidense de uma forma mais ampla. Nos anos 1970, ocorreu a explosão da adoção de atividades físicas, sobretudo de corrida e alimentação saudável, com menos gordura, menos açúcar e produtos “naturais”. Teve início uma retórica agressiva contra o tabagismo e a busca por bem-estar psicológico passou a ser uma meta de vida. Naquela época, surgiram várias revistas populares especializadas em saúde e esse tema também passou a ser frequente em jornais e revistas que antes o noticiavam esporadicamente¹⁸⁸. A saúde pessoal tornou-se assunto de interesse para grande parte da população americana. A nova consciência de saúde, no entanto, engendrou também uma nova moralidade, que o autor denominou *healthism*, que concebe saúde como um valor supremo, acima de todos os outros, bem como transfere a responsabilidade pelo adoecimento para o âmbito dos hábitos e costumes individuais, principalmente para a dimensão subjetiva dos sentimentos e emoções.

(...) *healthism* é definido aqui como a preocupação com a saúde pessoal como o primeiro – muitas vezes como o principal – foco para a definição e a realização do bem-estar; um objetivo que deve ser atingido primeiramente mediante a modificação de estilos de vida, com ou sem ajuda terapêutica. (...) O *healthism* trata o comportamento individual, as atitudes e emoções como sintomas relevantes que necessitam de atenção. Em outras palavras, o *healthista* reconhecerá que os problemas de saúde podem ter origem fora do indivíduo, por exemplo, na dieta americana; porém, uma vez que esses problemas também são

¹⁸⁸ Tal qual ocorreu no Brasil no final dos anos 1990, quando revistas de variedades antes predominantemente dedicadas ao jornalismo político-econômico, como VEJA e ISTOÉ, passaram a noticiar com maior frequência em suas capas temas de saúde, medicina e bem-estar, principalmente voltados para a composição de um modo de vida preventivo.

comportamentais, as soluções são vistas como estando dentro do reino da escolha individual, por isso exigindo, acima de tudo, a suposição da responsabilidade individual. Para o *healthista*, a solução repousa na determinação do indivíduo para resistir à cultura, à publicidade, aos constrangimentos institucionais e ambientais, agentes de doenças ou, simplesmente, aos hábitos pessoais preguiçosos ou pobres. (CRAWFORD, 1980, p.368)¹⁸⁹.

Crawford escrevia contra a transformação da saúde em uma espécie de doutrina, um “ismo”, que exortava ao autocuidado em nome da autonomia individual diante dos profissionais médicos, mas cuja retórica de responsabilidade pessoal se confundia com culpabilização, na medida em que o adoecimento era moralmente condenado. Por isso apelou para o neologismo da palavra *healthism*, que não possui tradução adequada para o português. Pela caracterização doutrinária e moralista do *healthism*, o termo mais próximo encontrado é *salutarismo*¹⁹⁰. Nesse sentido, *healthism* ou *salutarismo*, pode ser entendido como uma nova moralidade da saúde, que defende a transformação do modo de viver e de conduzir a vida privada em direção ao autocuidado, para a maximização da saúde. As concepções salutaristas requerem a mudança de comportamentos e sentimentos. Abarcam aspectos morais, ao avaliarem o saudável como algo superior, um *mais que saúde* presumido no termo bem-estar, que seria obtido por boa conduta e merecimento. Na época em que o salutarismo ainda estava no início, o autor destacava a contribuição dos movimentos de saúde holística¹⁹¹ e de grupos terapêuticos de ajuda mútua para a constituição de uma moralidade salutarista e para a culpabilização dos doentes.

As emoções são essenciais tanto para as medicinas holísticas ou alternativas, que se baseiam nas antigas teorias dos humores, temperamentos e tipos de personalidade, como para as medicinas tradicionais asiáticas, que não separam o biológico do emocional. Para essas concepções, as emoções podem determinar a saúde ou a doença, a repressão dos sentimentos pode provocar o adoecimento biológico. O imaginário holístico enfoca a capacidade de

¹⁸⁹ “(...) *healthism* is defined here as the preoccupation with personal health as a primary - often *the* primary focus - for the definition and achievement of well-being; a goal which is to be attained primarily through the modification of life styles, with or without therapeutic help. The etiology of disease may be seen as complex, but *healthism* treats individual behavior, attitudes, and emotions as the relevant symptoms needing attention. *Healthists* will acknowledge, in other words, that health problems may originate outside the individual, in the American diet, but since these problems are also behavioral, solutions are seen to lie within the realm of individual choice. Hence, they require above all else the assumption of individual responsibility. For the *healthist*, solution rests within the individual’s determination to resist culture, advertising, institutional and environmental constraints, disease agents, or, simply, lazy or poor personal habits”.

¹⁹⁰ O termo *salutarismo* será utilizado como sinônimo de *healthism*, ainda que não seja suficientemente adequado, porque em latim *salutaris* remete a significados religiosos de salvação. Salutar em português significa o que é conveniente para a saúde e o que é edificante para o espírito, possuindo certa conotação moralizante.

¹⁹¹ Segundo Crawford (1980, p. 371), os movimentos de saúde holística reúnem: curadores não alopáticos, seus clientes e adeptos dos mais diversos que adotaram princípios de saúde ou práticas terapêuticas ancoradas na integração corpo e mente - tais como meditação, terapias de “equilíbrio da energia vital”, visualização, nutrição, massagens, naturopatia, homeopatia, tradições ocidentais nativas e orientais -, para os quais os aspectos emocionais, mentais e espirituais são extremamente importantes na composição da saúde física.

autocura e a tendência natural à autorregulação do organismo que devem ser restauradas (Cf. WILLIAMS; BENDELOW, 1997, p. 43). O apelo ao mito da saúde natural relacionado à “virtude, moralidade, limpeza, pureza, renovação, vigor e bondade” (Cf. LUPTON, 2003, p.135)¹⁹² teve um forte poder simbólico sobre as sociedades contemporâneas. A abordagem holística enfatiza certos modos de pensamentos e de emoções como fundamentais para a saúde e acabou substituindo o normal e o patológico por categorias de equilíbrio e desequilíbrio que preservam certa carga moral, concebendo:

corpo como ‘natural’, como autorregulado e parte de um amplo equilíbrio ecológico, com as palavras ‘equilíbrio’, ‘harmonia’, ‘regular’, ‘espírito’ e ‘energia’ prevalecentes. No entanto, os juízos morais ainda não são evitados, pois tal linguagem serve para posicionar o corpo como uma essência metafísica, e nisso faz julgamentos com base no que é ‘bom’ e no que é ‘mau’ para o corpo (...). Além disso, o uso da produção de metáforas mecânicas para explicar o funcionamento corporal é evidente nos discursos das terapias alternativas, particularmente o uso da palavra ‘energia’, em conformidade com as ideologias capitalistas de produção (LUPTON, 2003, p. 138)¹⁹³.

Os serviços de saúde holística foram, por muito tempo, oferecidos e promovidos por grupos religiosos do Oriente e Ocidente e seus praticantes, bem como por seguidores da *New Age*. O principal objetivo dos curadores holísticos não era a eliminação da doença, mas o tratamento integral da pessoa na sua singularidade. A definição de saúde holística segundo um de seus pregadores (apud CRAWFORD, 1980, p. 380): “inclui uma vida totalmente produtiva, autorrealizada, expandida de alegria, felicidade e amor por qualquer um e para qualquer coisa que esteja fazendo”¹⁹⁴. Nessa visão, a supersaúde equivaleria à suprema liberdade, a “sensação de felicidade e propósito”, autoestima, autoconfiança, prazer na profissão e no trabalho, capacidade de expressão criativa, resistência ao estresse, otimismo com relação ao futuro, ou até “afirmação cósmica” (p.380). Por outro lado, no que diz respeito ao paciente que não se cuida, o julgamento moral desfavorável era explícito¹⁹⁵ entre os

¹⁹² “‘Nature’ has a powerful symbolic meaning in late-capitalist society, related to virtue, morality, cleanliness, purity, renewal, vigour and goodness”.

¹⁹³ “The discourses of alternative therapies seek to recast the imagery of the body and disease by moving away from aggressive military metaphorical conceptualizations of the body to depicting the body as ‘natural’, as self-regulating and part of a wider ecological balance, with the words ‘balance’, ‘harmony’, ‘regulate’, ‘spirit’ and ‘energy’ prevailing. However, moral judgements are still not avoided, for such language serves to position the body as a metaphysical essence, and in doing so makes judgements based on what is ‘good’ and what is ‘bad’ for the body. Moreover, the use of production/mechanical metaphors to explain the body’s workings is evident in the discourses of alternative therapies, particularly the use of the word ‘energy’, conforming to capitalist ideologies of production”.

¹⁹⁴ “Health is more than the absence of disease ...”, “it includes a fully productive, self-realized, expanded life of joy, happiness, and love in and for whatever one is doing”.

¹⁹⁵ Como mostra trecho recolhido por Crawford (1980, p. 379) de literatura primária holística “O dom da saúde é um dom de vida, o que aumenta o valor exponencial de toda a ideia. O dom da saúde, então, é o dom da felicidade, de completude, de amor e de ser. Abusar dela, deixar de procurá-la ali com o nosso poder é uma negação do valor do eu (*self*). Qualquer um que ignore a magnificência da vida merece apenas piedade” [“The

seguidores da saúde holística.

Os curadores holísticos pretendiam ensinar a todos que os hábitos, o modo de viver e as emoções podem afetar a saúde, tanto física quanto mental, e procuravam auxiliar os pacientes a obterem mais bem-estar. Nas terapêuticas holísticas, o paciente passa por um inquérito sobre “atos e omissões” a respeito da sua saúde; ele próprio deve examinar-se e deve monitorar seus pensamentos, sentimentos, emoções e atitudes. De longa data a relação entre saúde e doença vem sendo compreendida por meio de conceitos morais, não poucas vezes religiosos, mas também por valores seculares que atribuem a causalidade da doença aos maus costumes e à ignorância. O autocuidado esteve vinculado por séculos à moral religiosa de controle do corpo e dos instintos, discriminando, pela autodisciplina, os “bons e superiores” dos demais; essa relação, possivelmente, influencia o senso comum acerca do adoecimento, reiterando a correspondência entre doença e punição por “maus costumes”. Como alternativa explicativa para o mundo sem sentido das ciências biológicas, a saúde holística apresentava um sistema moral de fácil compreensão, como apontou Crawford (1980, p.374): atitudes e comportamentos corretos são recompensados com saúde.

Embora se opusessem às concepções médicas hegemônicas, os profissionais holísticos compartilhavam da visão clássica biomédica de localização da doença no corpo individualizado. Desde o século XIX, a medicina clínica estabeleceu que o indivíduo é o foco de percepção e intervenção. Tanto quanto para a ortodoxia médica, para os seus contestadores o cliente é sempre deficiente e deve ser auxiliado para seguir um melhor modelo de viver (Cf. CRAWFORD, 1980, p. 373). Entretanto, não existe preocupação com a reorganização das condições econômicas e sociais para que o indivíduo possa promover a própria saúde. À diferença do modelo biomédico ortodoxo, na visão holística de saúde, a causalidade das doenças é desviada para o plano psíquico, como vem fazendo a medicina psicossomática, que, no modo de ver de Crawford (1980, p. 378), preparou o terreno para a nova moralidade sanitária, colaborando para sua legitimação científica. O modelo salutarista, que inclui a saúde holística, tende a ignorar as condições sociais produtoras dos comportamentos e emoções; a individualização das doenças é mantida e a individualização do mal-estar é acrescentada, observa o autor (Cf. CRAWFORD, 1980, p. 382).

O desenvolvimento de responsabilidade de cada um e da necessidade de atitudes de

gift of health is the gift of life, which raises the value of the whole idea exponentially. The gift of health, then, is the gift of happiness, of completeness, of love and of being. To abuse it, or to fail to seek it out with all our power is a denial of the value of self. Anyone who disregards the magnificence of life de serves only pity”].

autocuidado para a conquista da própria saúde é o principal ponto em comum entre diversos movimentos de saúde dos anos 1970. Nos EUA, conforme Crawford, (1980, p. 366), eles eram explicitamente compostos por pessoas advindas de camadas urbanas médias a altas, cuja concepção de saúde era de uma “supersaúde”, um “alto nível de bem-estar” e alegria de viver.

Os mais capazes de fazer ajustes individuais são mais propensos a ser da classe média. Pessoas de classe média não só possuem mais recursos pessoais para a mudança do estilo de vida, fazendo terapia holística, e assim por diante, mas também adquiriram noções fundamentais sobre si mesmos como atores sociais a partir de situações de trabalho (e todo o apoio de padrões de socialização) que são individualmente competitivas. Eles já estão predispostos para verem suas conquistas como resultados de um esforço pessoal solitário. Uma formulação *healthista*, ainda que plausível, é menos provavelmente a resposta dos trabalhadores braçais e de pessoas de classes inferiores (CRAWFORD, 1980, p. 384)¹⁹⁶.

A preocupação excessiva com a saúde pessoal e a adoção de hábitos saudáveis não são exclusivos desses estratos, mas parecem ser, como assinala o autor, “um selo distintivo” que funciona como identificação para os integrantes de camadas mais favorecidas. Não é apenas uma questão de distanciamento e diferenciação de grupos considerados ignorantes e pouco civilizados, mas, principalmente um procedimento que procura garantir a pertença ao grupo das pessoas respeitáveis. Em outras palavras, a afirmação da saúde é para si e para os considerados iguais, de quem o reconhecimento é esperado. A grande preocupação do salutarista é deixar claro que não é um desviante, nem alguém fora de controle. As atitudes de autocuidado simbolizam sua correspondência às expectativas sociais.

O *healthism*, no entanto, adota um moralismo mais estridente. Acompanhando o foco sobre o que podemos fazer por nós mesmos, como indivíduos, a culpa é trazida para frente do palco. Autorresponsabilidade não é necessariamente igual à culpa. Como ideologia, no entanto, que se concentra tão exclusivamente no comportamento, na motivação e no estado emocional, e como uma ideologia de autoaperfeiçoamento que insiste que a mudança e a saúde derivam das escolhas individuais, mais provavelmente a saúde frágil é vista como decorrente de falhas individuais (CRAWFORD, 1980, p. 378)¹⁹⁷.

Nos movimentos salutaristas, o paciente era encorajado a participar de seu processo de cura, prevenindo-se, com hábitos corretos, para promover a própria saúde. Entretanto, a prevenção transformou-se em padrão de ação, servindo de baliza para o julgamento moral

¹⁹⁶ “Those most able to make individual adjustments are more likely to be middle class. Middle-class people not only possess more personal resources for changing life style, doing holistic therapy, and so forth, but also have acquired fundamental notions about themselves as social actors from work situations (and all the supporting socializing patterns) which are individually competitive. They are already predisposed toward seeing their achievements as a result of personal effort alone. A *healthist* formulation, while still plausible, is less likely to be the response of blue-collar workers and lower-class people”.

¹⁹⁷ “*Healthism*, however, adopts a more strident moralism. Accompanying the focus on what we can do for ourselves as individuals, blame is brought front-stage. Self-responsibility does not necessarily equal blame. As an ideology, however, which focuses so exclusively on behavior, motivation, and emotional state, and as an ideology of self-improvement which insists that change and health derive from individual choices, poor health is most likely to be seen as deriving from individual failings”.

positivo ou negativo de todas as atividades (comer, dormir, beber, trabalhar) e de quaisquer comportamentos cotidianos. “O comportamento saudável tornou-se o paradigma para a boa vida. Homens e mulheres saudáveis tornam-se modelos de homens e mulheres. (...) A boa vida é reduzida a um problema de saúde, assim como a saúde é ampliada para incluir tudo o que é bom na vida”¹⁹⁸; a saúde que era “meio para a realização de outros valores fundamentais” foi alçada a “um fim em si” (Cf. CRAWFORD, 1980, p. 380).

Essa tendência de responsabilização individual e culpabilização de comportamentos, presente nos bens intencionados movimentos de saúde que pretendem a autonomia individual, contribui para uma despolitização contínua¹⁹⁹, alimentando a ilusão de que é possível controlar individualmente a própria existência.

Se o conflito ideológico pode ser pensado como uma luta por sistemas de símbolos pelos quais as pessoas definem seu mal-estar e implicam determinadas soluções, o símbolo de saúde na ideologia *healthista* emergente é mais compatível com um sistema de dominação baseado na terapêutica e na realização pessoal de bem-estar. Assim como a linguagem de carinho ou ajuda obscurece as relações desiguais de poder de um Estado terapêutico crescente, a linguagem de autocuidado, responsabilidade individual e holismo obscurece as relações de poder que subjazem à produção social da doença e do descontentamento (CRAWFORD, 1980, p. 383)²⁰⁰.

As cobranças de autocuidado encobrem as condições sociais não satisfatórias para estados de saúde com a justificativa de que eles dependem acima de tudo dos hábitos individuais. Assim, podem ser retirados direitos do indivíduo em risco e diminuem-se custos estatais e de empresas privadas. Por outro lado, a ideia de autocuidado está assentada culturalmente no individualismo característico das sociedades contemporâneas, nas quais cada um deve ser responsável pela própria vida de forma independente de cuidados alheios. A dependência em qualquer área da vida individual (seja a da saúde, a financeira ou a emocional), é hoje considerada fraqueza vergonhosa.

¹⁹⁸ “In *healthism*, healthy behavior has become the paradigm for good living. Healthy men and women become model men and women. A kind of reductionism or one-dimensionalization seems to occur among healthists: more and more experiences are collapsed into health experience, more and more values into health values (...) Good living is reduced to a health problem, just as health is expanded to include all that is good in life”.

¹⁹⁹ De acordo com Crawford (1980), embora o salutarismo fosse um fenômeno cultural amplo que não se reduzia aos aspectos individuais, pois alguns grupos estavam envolvidos com projetos coletivos para o bem comum, preocupados com ecologia ou com ajuda recíproca, raras foram as propostas de ação coletiva para reivindicações políticas mais concretas, como, por exemplo, a exigência de segurança alimentar e controle da poluição do ar. Predominaram sempre soluções individuais.

²⁰⁰ “If ideological conflict can be thought of as a struggle over symbol systems by which people define their malaise and which imply certain solutions, the symbol of health in the emerging healthist ideology is most compatible with a system of domination based on the therapeutic and personal achievement of well-being. Just as the language of caring or help obscures the unequal power relationships of a growing therapeutic state, so the language of self-care, individual responsibility, and holism obscures the power relations underlying the social production of disease and discontent”.

Nos anos 1970, os movimentos que pregavam o autocuidado eram considerados revolucionários por buscarem o deslocamento do poder médico para as mãos do paciente, ensinando-o a agir corretamente para manter-se saudável sem depender de médicos profissionais. O objetivo do autocuidado era a independência dos médicos e o aumento da autonomia. Porém, ainda que as preleções acerca dos hábitos saudáveis pretendessem uma reapropriação do saber sobre saúde por parte dos indivíduos, em oposição ao poder adquirido pela medicina ortodoxa sobre as definições conceituais acerca das doenças e seus tratamentos, contraditoriamente, desde o início dos movimentos salutaristas, a autonomia se diluía em padrões especializados definidores do que é ou não ser saudável. O que mudava eram as definições e quem as definia.

Os movimentos de saúde holística, autoajuda e autocuidado que constituíram o *healthism* na década de 1970 lutavam contra a medicalização institucionalizada, mas contribuíram para outro tipo de medicalização. A medicalização pode ter dois significados, apontados por Crawford (1980). Um está relacionado à extensão do poder profissão médico sobre os comportamentos, no âmbito legal e jurídico. Com a ampliação da jurisdição médica, os médicos opinam sobre um número cada vez maior de questões sociais. O outro significado de medicalização diz respeito à amplitude da patologização de comportamentos considerados desviantes e diagnosticados como doentios. A maior preocupação com a saúde fez com que cada vez mais situações cotidianas sejam pensadas em termos de benefícios ou malefícios para o corpo e a mente. A medicalização, no segundo sentido, foi alimentada pela obsessão salutarista com a vida saudável e pela moralização dos comportamentos, promovida pelos movimentos de saúde holística.

Contrária inicialmente às reivindicações e impressões, a nova consciência de saúde (nas suas mais saudáveis manifestações) implica outra medicalização da nossa cultura, e, em particular, uma medicalização de como o problema da saúde é compreendido. Embora modificações de práticas e paradigmas médicos dominantes estejam sendo adotadas, algumas das mais fundamentais e incapacitantes concepções culturais médicas dominantes têm permanecido intocadas (CRAWFORD, 1980, p. 369)²⁰¹.

Como sublinhado pelo autor, é uma maneira médica de ver e entender a sociedade, disseminada anteriormente no espaço social, que influencia e embasa as concepções dos movimentos salutaristas e holísticos. Além disso, o poder do profissional médico não diminuiu com a proliferação do saber médico entre leigos, mas outros profissionais de saúde

²⁰¹ “Contrary to claims and first impressions, the new health consciousness (in its healthiest manifestations) entails a further medicalization of our culture, and, in particular, a medicalization of how the problem of health is understood. While modifications of dominant medical paradigms and practices are being adopted, some of the most fundamental and disabling medical and other dominant cultural conceptions have remained untouched”.

ganharam importância pedagógica. Por incorporar a visão médica da individualização da doença e do mal-estar, o salutarismo reproduz os mesmos problemas engendrados pela medicalização, expandindo o saber médico para todas as áreas da vida cotidiana.

De outra mão, o ingresso dos curadores holísticos como concorrentes no mercado médico fez surgir o conflito entre os praticantes alternativos e a ortodoxia médica (Cf. LUPTON, 2003, p.135) sobre as causas e tratamentos das doenças, por causa da utilização de noções de forças vitais e espiritualidade, consideradas mágicas pela medicina oficial. A medicina ortodoxa interveio criando a ideia de *complementar* (Cf. BARROS, 2000) e apropriou-se de algumas técnicas holísticas sob um referencial científico, construído por inúmeras pesquisas neurológicas que modificaram as explicações sobre a eficácia de alguns tratamentos. Os alternativos holísticos, por sua vez, buscaram legitimar suas práticas mediante padronizações e procedimentos científicos, contribuindo, em alguns casos, dentre os quais a acupuntura e a meditação, para que perdessem a aura mágica. Especialistas em saúde e bem-estar, os holísticos dominavam saberes e hábitos que, do ponto de vista da cultura dominante, eram considerados condutores a uma vida saudável. Surgia um novo campo profissional relacionado às terapias holísticas e tratamentos não convencionais de saúde, cujo exercício demandava legitimação científica e impelia à luta pela regulamentação das práticas junto aos setores oficiais. Como opinou Deborah Lupton (2003, p.137):

Assim como a medicina tradicional tem controlado o monopólio do conhecimento especialista, a fim de vendê-lo a um preço elevado como uma mercadoria, assim também a lutar por alternativas profissionais para ter suas práticas legitimadas é uma tentativa de ter o controle sobre o conhecimento (...). O corolário, no entanto, é que os médicos alternativos, pela ênfase dos aspectos ‘profissionais’ de seu ofício, são mais propensos a aproximar-se do modelo médico-paciente do tratamento vigente na área da biomedicina, em que o paciente é geralmente submisso e o médico ditatorial. Dado que é essa mesma abordagem que afasta muitas das pessoas que recorrem à medicina alternativa, terapeutas holísticos podem muito bem estar no processo de diminuição de uma das suas principais atrações. Na sua luta pela legitimidade, portanto, as terapias alternativas estão em constante enfraquecimento da fronteira entre o ortodoxo e as abordagens holísticas para cuidados de saúde e, assim, podem perder qualquer potencial que tinham a oferecer como uma alternativa à medicina científica. De fato, muitas das práticas das terapias alternativas podem ser consideradas como mercantilização da alienação, como os ‘problemas pessoais’ são temporariamente aliviados com uma determinada prática, esta tende a ajustar o indivíduo à sociedade da qual a patologia tenha surgido²⁰².

²⁰² “Just as traditional medicine has controlled a monopoly of specialist knowledge in order to sell it at a high price as a commodity, so too the struggle by alternative practitioners to have their practices legitimized is an attempt to have control over knowledge. This movement towards credentialism may offer protection to the consumer by the assurance of the attainment of a minimum level of knowledge and skills. The corollary, however, is that alternative medical practitioners, by emphasizing the ‘professional’ aspects of their craft, are more likely to approach the doctor–patient model of treatment prevailing in biomedicine, in which the patient is generally submissive and the doctor dictatorial. Given that it is this very approach which so alienates many of the people who turn to alternative medicine, holistic practitioners may well be in the process of diminishing one of their main attractions. In their struggles for legitimacy, therefore, alternative therapies are steadily weakening the

Dois principais pontos devem ser destacados na moralidade de saúde que se instituiu a partir dos anos 1970, nos EUA, e mais recentemente no Brasil: a) a responsabilização individual pelo adoecimento, independentemente das circunstâncias socioeconômicas às quais o indivíduo esteja submetido, e que podem tanto promover a saúde como expor aos riscos; b) a qualidade de prestígio fornecida pela conduta saudável, que funciona como legitimadora de determinada concepção de mundo e de costumes específicos, pela desqualificação de comportamentos discordantes como sendo “ignorantes”. Daí advém a característica pedagógica dos salutaristas, que procuram ensinar às massas habilidades de autodiagnóstico e técnicas terapêuticas, bem como práticas preventivas que as livrariam das enfermidades, já que estas seriam decorrentes de comportamentos desinformados. A pedagogia do autocuidado é pastoral e missionária. Pretende salvar vidas a partir da imposição de um saber, mas com isso também exerce um governo sobre a conduta alheia.

Sabendo-se o quanto é difícil modificar os hábitos cotidianos, é surpreendente o crescente interesse despertado pelos temas de autocuidado. Definido como ação individual de controle sobre si, orientada para a prevenção de doenças e a promoção da própria saúde, o autocuidado é tarefa certamente hercúlea, para poucos e fortes, caso se queira seguir ao pé da letra todas as prescrições do receituário de saúde, que, diga-se, mudam continuamente.

A tendência salutarista detectada por Crawford se tornaria cada vez mais acentuada com o passar das décadas, expandindo-se dos EUA para o resto do mundo. O estímulo ao autocuidado foi encampado como política de ação primária de saúde pela OMS, pelos Estados e pelas mais diversas instituições – empresas, escolas, exércitos, igrejas, instituições civis e familiares - que incorporaram o salutarismo em seus discursos de proteção aos riscos. A noção de saúde está cada vez mais associada a “sentir-se bem”. O bem-estar equivale a um estado de harmonia entre corpo, alma, mente, emoção e relacionamentos satisfatórios com outras pessoas. A saúde enquanto bem-estar torna-se meta incessantemente perseguida, mas raramente alcançada, tal como a salvação no além, mas em perfeita afinidade com a cultura de consumo e a contínua produção de bens, serviços e informações para o autocuidado corporal e para a transformação da personalidade. A força de vontade e a capacidade de mudar a personalidade passam a ser consideradas prioritárias para a conquista da saúde.

boundary between the traditional and the holistic approaches to health care and thus losing any potential they may have had to offer an alternative to scientific medicine. Indeed, many of the practices of alternative therapies may be regarded as commodifying alienation, for ‘personal’ problems are temporarily relieved as a particular practice tends to adjust the individual to the society from which the pathology has arisen”.

3.8. Políticas mundiais de saúde e individualização dos riscos

A imposição das políticas globais de saúde pela OMS foi um dos fatores marcantes na popularização de hábitos saudáveis e na propagação da responsabilidade individual pela saúde. Aparentemente, essa preocupação é justificada por uma suposta epidemia das DCNT²⁰³ e pelo envelhecimento das populações, tanto em países mais ricos quanto em países emergentes²⁰⁴. Especialmente nas duas últimas décadas, inúmeras pesquisas, noticiadas em larga escala, constataram que o estilo de vida é determinante no desenvolvimento de doenças crônicas que estão entre as principais causas de mortalidade. Concluiu-se que pequenos distúrbios (dores nas costas, gastrite, insônia, por exemplo) e alguns problemas psicossomáticos (depressão, ansiedade, estresse) causam a maioria das faltas ao trabalho e acarretam enormes gastos para os setores público e privado, custos que poderiam ser evitados mediante a modificação de comportamentos.

Nesse sentido, merece destaque a constituição das políticas mundiais de saúde pública, nos anos 1990, após um processo pelo qual a OMS já vinha, desde os anos 1970, estimulando o automonitoramento e o autocuidado preventivos. Em conjunto com as mudanças macroeconômicas, ocorreram diversas transformações na esfera da saúde que contribuíram para a construção de novas concepções norteadoras das instituições políticas mundiais. Como sempre se dá no plano das ideias, “bem-estar e qualidade de vida” não são noções unívocas (Cf. MINAYO *et al.*, 2000) e não foram representações subitamente implantadas, houve um processo repleto de boas intenções que contribuiu para a construção dos significados atuais de saúde e que vale a pena recordar.

Tamanha importância ganhava a saúde psíquica após a Segunda Guerra que na carta de criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, a concepção de saúde proposta deixava de equivaler à ausência de doenças no plano biológico para compreender a condição de amplo bem-estar físico, mental e social. Desde os anos 1950-1960 havia estudos acerca da relação entre alimentação e problemas cardíacos²⁰⁵, que repercutiram nas décadas

²⁰³ Conforme a Organização Pan-americana de Saúde (Cf. OPAS, 2010), as DCNT representaram, em 2004/2005, cerca de dois terços do total de óbitos no Brasil.

²⁰⁴ Projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8% para 15% nos próximos 20 anos (Cf. MS, 2006b).

²⁰⁵ Ancel Keys foi o pioneiro de estudos científicos que correlacionam hábitos alimentares e adoecimento. Em 1958, iniciou o famoso estudo comparativo entre habitantes de sete países, que durou duas décadas. Em 1961, Keys foi capa da revista *Time* e suas teorias foram bastante difundidas pelas mídias americanas. Em 1959, junto com a esposa, Keys também lançou um livro de receitas: *Coma bem e viva melhor*. Seu primeiro relatório oficial de pesquisa foi publicado nos anos 1970, resultando na recomendação da dieta mediterrânea, com baixo teor de gordura, considerada como a mais saudável para o coração, nas décadas seguintes.

seguintes com alertas para a população americana sobre os riscos da gordura. A recomendação de redução do açúcar e carboidratos refinados surgiu mais tarde, nos anos 1970, baseada em estudos das décadas anteriores²⁰⁶. Inicialmente essas teorias eram controversas dentro do campo médico hegemônico; as mudanças de hábitos alimentares eram propostas principalmente por médicos alternativos²⁰⁷. Com o desenvolvimento da epidemiologia e dos estudos estatísticos sobre riscos, a atitude preventiva começou a ser reforçada também pela medicina hegemônica.

Em 1974, paralelamente ao crescimento da preocupação com os hábitos saudáveis em países norte americanos e europeus, foi formulado no Canadá, pelo ministro da saúde Marc Lalonde, um conceito de “campo de saúde” que extrapolava o sistema médico-hospitalar, envolvia quatro níveis: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização de assistência médica, requisitos fundamentais para a qualidade de vida (Cf. BUSS, 2009). A nova formulação enfatizava a promoção de saúde, mais do que o tratamento de doenças. A partir daí o conceito de saúde como bem-estar amplo foi mais difundido. A principal preocupação do Relatório Lalonde era visivelmente a contenção de gastos públicos e a constatação de que a medicina altamente tecnológica, além de cara, era ineficaz para o atendimento de problemas mais frequentes que demandavam mais utilização de serviços de saúde. A inovação do documento estava na importância do fator ambiental e do fator comportamental para a redução da mortalidade, representando também, naquele momento, “muitas vozes que já se preocupavam com a visão limitada do modelo biomédico tradicional, o qual, de alguma forma, separa o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade” (SOUZA; GRUNDY, 2004)²⁰⁸. O Informe Lalonde trouxe para a discussão o descontentamento com o modelo biomédico hegemônico, possibilitando novas reflexões acerca de saúde e doença, e colaborou para uma guinada epistemológica na área da saúde

²⁰⁶ T. L. Cleave publicou *A doença da sacarina*, em 1973, livro sobre sua pesquisa em décadas anteriores, afirmando que o uso do açúcar refinado teria sido um hábito levado por ocidentais para países africanos e orientais, onde, por isso, o adoecimento teria aumentado.

²⁰⁷ A OMS foi a primeira a utilizar o termo *medicina alternativa*, em 1962, para designar um conjunto de tratamentos orientais e ocidentais cuja terapêutica se opunha à utilização de medicamentos alopáticos (Cf. LUZ, 2005, p. 37) e cujas concepções se fundamentavam na integração entre corpo e mente e no vitalismo. A ampla noção de bem-estar permitiu a utilização de saberes terapêuticos mais artesanais, como os tradicionais e alternativos, que passaram a ser estimulados por serem menos custosos que os meios bioquímicos e tecnológicos.

²⁰⁸ Não se pode esquecer que, ainda naquele momento, vivia-se sob a influência de movimentos alternativos que contestavam a hegemonia da razão científica e da biomedicina, então consideradas desumanizadoras, e que buscavam inspiração em modelos de sociedades tradicionais. De acordo com Ferreira & Buss (OMS, 1978) e Brown *et al.* (2006, p 632), além do Informe Lalonde, as discussões sobre promoção de saúde foram bastante influenciadas por relatos de missões da OMS (1973/1974) sobre experiências chinesas nas áreas rurais ocorridas nos anos 1960, nas quais os chamados “médicos dos pés descalços” orientavam a ação comunitária de agentes de saúde e de outros cidadãos para a prevenção, o saneamento e pequenos cuidados.

coletiva, com consequência efetiva para as práticas institucionais. Seguiram-se várias conferências internacionais em torno do tema promoção e atenção primária à saúde, que estabeleceram novas conceituações e sistematizaram ações políticas²⁰⁹.

Todavia, as diretrizes predominantes nas políticas de promoção de saúde referiram-se principalmente à educação para modificação de comportamentos: “informar, influenciar e assistir indivíduos e organizações para que assumam maior responsabilidade e que sejam mais ativos em matéria de saúde” (LALONDE, *apud* BUSS, 2009, p. 27). Na prática, como indicam diversos autores mais críticos desse novo conceito (Cf. CZERESNIA, 2009; CASTIEL, 2009; CAPONI, 2009; DEJOURS, 1986; CARVALHO, 2004), indubitavelmente, ainda que o movimento de promoção de saúde contivesse dois polos (Cf. BROWN *et al.*, 2006) - um *integrativo*, mais voltado para o coletivo, que enfatiza as condições socioambientais e a atribuição de poder às comunidades e indivíduos, no sentido de participação nas decisões; e outro *seletivo*, que buscava transferir a responsabilidade pelos cuidados de saúde para os cidadãos e economizar custos – acabaram por prevalecer políticas públicas que visam interferir nas escolhas individuais de saúde e direcionar os comportamentos para evitar riscos.

A sobrevalorização das ações individuais como causalidade do adoecimento é uma tendência mundial. As controvérsias sobre promoção de saúde e atenção primária entre as duas linhas conceituais (integrativa e seletiva²¹⁰) fundaram, nos anos 1990, a nova Saúde Pública de caráter global e neoliberal, na qual o discurso privilegia o coletivo e as intervenções no entorno socioambiental para gerar saúde, enquanto as ações se dirigem para a modificação dos comportamentos e o controle individual de riscos (Cf. FREITAS, 2009, p.153).

A partir dos anos 1980, a OMS começou a ser cada vez mais tutelada pelo Banco

²⁰⁹ Destacamos a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde*, em Alma-Ata (1978) e a *I Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde*, em Ottawa (1986), que tiveram como resultado o redirecionamento das políticas sanitárias no mundo todo, ao reafirmarem em documentos oficiais: o conceito de saúde como bem-estar físico, psicológico e socioambiental, um direito de qualquer indivíduo e um componente essencial para o desenvolvimento econômico-social dos povos; a necessidade de ações governamentais concretas para a produção de condições saudáveis de vida; a importância da capacitação dos indivíduos e comunidades para o autocuidado e para a utilização de saberes medicinais mais artesanais e menos caros, por isso mais acessíveis à população. A partir de Ottawa começaram a ser criadas estratégias estatais em nível mundial para promoção da saúde, que ficaram conhecidas mais tarde como “políticas públicas saudáveis”.

²¹⁰ Em 1979, havia sido realizada em Bellagio, na Itália, uma reunião financiada pela Fundação Rockefeller, da qual participaram altos dirigentes do Banco Mundial, da Fundação Ford e da UNICEF, com o objetivo de discutir a efetivação e a viabilidade das propostas de Alma-Ata (1978). Dessa reunião resultou o conceito de “atenção primária *seletiva* à saúde”, restrita a intervenções de baixo custo, passíveis de monitoramento, mensuração e avaliação, que se contrapunha aos princípios de atenção primária *integrativa*, reivindicados pelos movimentos de saúde holística, considerados utópicos no que se refere a investimentos (Cf. BROWN *et al.*, 2006, p. 633).

Mundial e a depender de seus financiamentos e dos fundos extraorçamentários, pois os Estados-nação já não davam conta de suas contribuições para os grandes projetos. Nos anos 1990, o Banco Mundial chegou a contribuir com 54% do orçamento da OMS (Cf. BROWN *et al.*, 2006, p. 635), passando a intervir mais diretamente nas políticas internacionais. O Banco Mundial defendia a diminuição dos gastos dos Estados com saúde, por meio da redução da oferta de assistência pública e da maior participação do setor privado na oferta de serviços de atenção primária (Cf. BROWN *et al.*, 2006, p. 635). Na década de 1990, o Banco Mundial condicionou os financiamentos para os países em desenvolvimento à adoção de políticas que estimulassem o autocuidado e a independência dos serviços médicos, e procurassem restringir os gastos estatais aos grupos de risco, geralmente em situação de extrema pobreza²¹¹ (Cf. BROWN *et al.*, 2006; RIZZOTTO, 2000). As estratégias de atenção primária consagradas atualmente como “as mais eficientes” para a promoção de saúde foram implantadas nas nações economicamente emergentes segundo padrões bem definidos pela OMS. A justificativa para a generalização do procedimento de autocuidado entre as nações-membros é a prevenção e o planejamento; presume-se que futuramente os países emergentes terão problemas hoje típicos de países mais ricos. A modificação do que se entende por saúde e a ênfase no conceito de promoção, bastante ambivalente, contribuiu diretamente para a individualização dos riscos de saúde. As noções de bem-estar e de estilo de vida preventivo, assim como o incentivo à utilização das medicinas alternativas, tradicionais e práticas contemplativas estão fundamentados nos novos conceitos.

Dessa forma, desde a década de 1990, no plano mundial, o foco das novas políticas vem sendo o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis a partir de estratégias de *marketing* social, educação, autodiagnóstico, sempre com o objetivo de detectar e evitar riscos, porém transferindo a responsabilidade para os indivíduos (Cf. CASTIEL; DIAZ, 2007). Nas novas políticas de saúde pública, prevalecem ideias de liberdade de escolha, direito de decisão e capacidade de agir racionalmente, sem levar em consideração que todos esses fatores estão submetidos a diferenças culturais e desiguais capacidades de consumo (Cf. CASTIEL; DIAZ,

²¹¹ Em seu relatório de 1993, cujo tema era “Investindo em Saúde” (*World Development Report, 1993: investing in health*), o Banco Mundial formalizou uma parceria com a OMS para o planejamento estratégico e a implementação de projetos eficazes voltados para a “saúde global” (BROWN *et al.*, 2006, p. 637). Visando maior racionalidade de custos, esse relatório propunha o direcionamento dos gastos públicos para o atendimento de populações de baixíssima renda, aquelas consideradas em situação de risco, e o estímulo à iniciativa privada para o atendimento dos estratos médios (Cf. BANCO MUNDIAL, 1993; RIZZOTO, 2000). Em 1997, o setor privado foi convidado a participar pela primeira vez das conferências da OMS, na *IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em Jakarta, na Indonésia (Cf. SOUZA; GRUNDY, 2004; BUSS, 2009; FREITAS, 2009). A OMS conseguiu fortalecer-se financeiramente por meio da organização de fundos compostos por cotistas doadores, que possibilitavam parcerias semiautônomas com o setor privado para projetos específicos. Com a completa abertura ao setor privado, os interesses do mercado financeiro foram priorizados.

2007). O pressuposto é que todos os indivíduos possuem competência para se manterem saudáveis por meio de um estilo de vida adequado. Acabaram por vigorar discursos morais que identificam os problemas de saúde com “fraquezas pessoais”, com “pouca força de vontade” e “ausência de autocontrole”. O discurso divulgado refere-se ao dever moral de cuidar da saúde “para seu próprio bem, pelo bem de seus entes queridos e pelo bem da sociedade onde se vive” (CASTIEL; DIAZ, 2007, p.37).

Os modelos de prevenção de doenças e promoção de saúde vêm sendo articulados aos discursos do risco, na definição de hábitos saudáveis a partir de critérios científicos. Retoricamente, fala-se de promoção de saúde, porém o foco está na doença, em sua prevenção e tratamento. Promoção de saúde tornou-se uma questão pedagógica, enquanto deveria ter o significado de fornecimento de condições sociais adequadas (Cf. CZERESNIA, 2004, 2009). Em seus relatórios, a OMS admite a necessidade de ações estatais direcionadas à promoção de circunstâncias que garantam vidas saudáveis. Contudo, no modelo que vem sendo implantado, predomina a ênfase na responsabilidade individual. A lógica preventiva fundamentada na probabilidade justifica a intervenção estratégica nos comportamentos individuais (Cf. CZERESNIA, 2009).

Uma das intenções da promoção de saúde é fortalecer a autonomia dos indivíduos e dos grupos, mas a pertinente observação de Czeresnia (2009) é que a proposta apresentada se refere a uma “autonomia regulada” por representações científicas que reduzem a experiência do adoecer à linguagem objetiva e aos esquemas abstratos do risco. São modelos explicativos que não dão conta da complexa experiência do adoecimento. Aquilo que a linguagem técnica científica não consegue abarcar é rejeitado como erro ou equívoco, sem levar em conta que a escolha individual não diz respeito ao conhecimento racional, mas a valores culturais que transitam na ordem subjetiva (Cf. CZERESNIA, 2004; DOUGLAS, 1996). Para a aproximação de um ideal de autonomia, seria necessário relativizar o conhecimento científico como único produtor de verdade e considerar seus limites insuperáveis de atuação, quer na delimitação do que seja saúde, quer no estabelecimento de critérios epidemiológicos que determinem quais são os indivíduos saudáveis (Cf. CZERESNIA, 2004, 2009).

A noção de risco, pautada na racionalidade científica, sustenta a credibilidade da chamada Nova Saúde Pública (Cf. CASTIEL, 2009, p.91), estabelecida nos anos 1990, que privilegia a prevenção pelo estilo de vida e segue as regras de gestão eficiente para redução de custos estatais, transferindo a responsabilidade para os cidadãos. É o saber epidemiológico que determinará o que é risco ou não, modelando comportamentos pela categorização

estatística. O risco é um cálculo estatístico para averiguar probabilidades de acontecimentos futuros, e que depende de uma interpretação técnica do perito. É um conhecimento construído que afeta a socialização dos indivíduos e a sua formação enquanto sujeitos. Apesar de sua aparência objetiva e neutra, até mesmo a formulação de um enunciado estatístico pode influenciar condutas. Por exemplo, dizer que o risco de adoecimento é de 10% pode causar mais impacto e estimular mais a prudência do que dizer que as chances de estar livre dos riscos são de 90%, embora diga respeito a exatamente a mesma coisa.

A noção de risco está apoiada na distribuição desigual do saber, pois as definições do que seja potencialmente risco são determinadas por instituições e especialistas (Cf. LUPTON, 1993, 1999). Na comunicação dos riscos de saúde nas mídias, que vem adquirindo enorme relevância, os especialistas procuram educar um público considerado equivocado, iniciando-o no mundo da probabilidade e estatística (Cf. LUPTON, 1993). O risco é formulado como enunciado moral que culpa os indivíduos que ousam ignorá-lo. As atuais representações estão sobrevalorizando aspectos subjetivos do adoecimento (afetivos, emocionais), supostamente modificáveis, e minimizando a importância de fatores externos - ambientais, econômicos e culturais. Como afirma Douglas (1996), é como se saúde fosse um prêmio por mérito ou bom comportamento. A classificação em grupos de risco substituiria antigas noções de tabu e pecado, reforçando as fronteiras entre “nós, os puros” e “eles, os contaminados”. Estar em risco significa desvio da norma e estigmatiza.

Para além da aliança entre promoção de saúde e controle dos riscos epidemiológicos, o conceito de saúde enquanto bem-estar propugnado pela OMS sofreu críticas por definir a “boa saúde” como um estado ideal a ser alcançado e mantido, irrealizável na realidade. Dejours (1986) argumenta que a saúde não é estável e que as alternâncias entre saúde e enfermidade são benéficas psicicamente; o normal deveria ser poder cuidar da própria doença em paz, em casa, poder deixar o corpo livre para lidar com seu cansaço e seus desconfortos. Segundo Caponi (2009), também para Canguilhem, a saúde não é algo estático, o adoecimento e a recuperação fazem parte de um movimento oscilante que é característico da fisiologia, exercendo uma função reguladora do organismo²¹². O principal problema dos novos conceitos é o potencial que portam de legitimar a exclusão social daqueles indivíduos que não se enquadram nos padrões saudáveis previstos pelas políticas públicas.

As políticas de modificação dos hábitos revelam-se herdeiras dos movimentos

²¹² Segundo Caponi, Canguilhem postula que a saúde resulta da dinâmica entre a singularidade individual e o meio coletivo, social e ambiental, não podendo ser situada no âmbito das definições técnicas, pois o componente subjetivo de regulação entre saúde e adoecimento é bastante acentuado (Cf. CAPONI, 2009, p.61-66).

médicos higienistas do séc. XIX e início do XX, assegurando a intervenção na vida privada de indivíduos considerados desviantes (Cf. CAPONI, 2009, p.67). Desconsidera-se, assim, que a exposição aos riscos nem sempre é opcional, sobretudo no que se refere às situações de insalubridade e estresse prevalentes e na limitação de acesso aos serviços assistenciais, frequente nos grupos de menor renda. Por outro lado, a decisão por comportamento de risco para a saúde é da ordem privada e deveria ser respeitada, pois, a abertura aos riscos também faz parte da vida saudável (conforme as teorias de Canguilhem). Portanto, a saúde e o bem-estar não poderiam ser quantificados pelos parâmetros estatísticos, nem poderiam ser enquadrados em definições técnicas. Enfim, o novo conceito de saúde como bem-estar, pautado na promoção e na atenção básica, acabou seguindo caminhos que mais favoreceram a normalização das condutas do que transformaram as situações estruturais de desigualdade que permeiam a saúde (Cf. CAPONI, 2009, p.68).

Apesar das críticas aos critérios numéricos dos conceitos e à padronização mundial de comportamentos saudáveis, em 1995, a OMS iniciou grandes pesquisas na tentativa de quantificar numericamente o bem-estar e a qualidade de vida das populações, para construir estratégias de intervenção. Foi criado um Grupo de Qualidade de Vida que, entre 1995 e 1998, desenvolveu instrumentos²¹³ de mensuração da qualidade de vida (QV)²¹⁴ enquanto “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (MINAYO *et al.*, 2000). O objetivo era mensurar anos vividos em condição incapacitante, mas muitas questões abordavam “aspectos subjetivos” das doenças, que influem no modo como o indivíduo percebe ou não qualidade em sua vida (Cf. MINAYO *et al.*, 2000).

A preocupação com a vida saudável e a saúde mental, que já estava embutida na noção de bem-estar, foi ganhando cada vez mais importância mediante a associação da ideia de qualidade de vida com ecologia humana, sustentabilidade e dissipação do sofrimento psíquico, denotando “capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade” (MINAYO *et al.*, 2000). Sobretudo, o envelhecimento com qualidade de vida, passou a ser tema constante nos relatórios mundiais de saúde

²¹³ Esses instrumentos foram os questionários WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, utilizados para avaliar a qualidade de vida em diversos aspectos: a) físico; b) psicológico; c) independência; d) relações sociais; e) meio ambiente; f) espiritualidade/crenças pessoais. (Cf. FLECK; SKEVINGTON, 2007; OMS, 1995, 1998a).

²¹⁴ Numericamente, qualidade de vida foi representada pelo QALY (*quality-adjusted life-years*) - custo por ano de vida ganho, ajustado pela qualidade; índice depois substituído pelo DALY (*disability-adjusted life-years*) - anos de vida corrigidos pela incapacidade. Finalmente, surgiu o HeaLY - *healthy life-year*, combinando “anos de vida perdidos pela morbidade com os que são atribuídos à mortalidade prematura e pode ser aplicado a indivíduos e a populações” (MINAYO *et al.*, 2000).

publicados a partir de 1995.

Atualmente, a noção de saúde - equivalente a bem-estar físico, mental, emocional e espiritual - foi conjugada, pelos meios de comunicação à beleza, à boa forma e à busca de longevidade, para compor um ideal de qualidade de vida a ser perseguido. O bem-estar divulgado está associado ao relaxamento e à experimentação de sensações prazerosas, que permitiriam regenerar o indivíduo do desgaste causado pelo estresse da vida moderna. Bem-estar e qualidade de vida tornaram-se requisitos para o desempenho e incluem o consumo de produtos e serviços que tragam saúde, harmonia, felicidade e disposição para o trabalho. Nas últimas décadas, vem crescendo o comércio voltado para esse ramo²¹⁵ - *wellness* -, envolvendo, entre outros, nutrição, fitness, suplementos vitamínicos, estética, remédios naturais, práticas corporais para controle do estresse, terapias não ortodoxas, etc., mas também o que se pode chamar de “farmácia do bem-estar”, medicamentos para a psique e problemas emocionais. Um dos principais produtos oferecidos, a nosso ver, é um tipo de conhecimento que capacitaria para administração de si, para a gerência dos próprios riscos e para a administração da própria saúde, felicidade, prazer e desempenho profissional. Esse conhecimento, as revistas selecionadas para esta pesquisa apressaram-se em fornecer, partilhando elas também das benesses do bem-estar e qualidade de vida.

Com tantos estímulos políticos e econômicos, expostos até aqui, não chega a surpreender a constituição de um mercado de produtos e serviços voltado para a obtenção de saúde e bem-estar, geralmente apoiado nos temas da “qualidade de vida”, que, para construir um novo estilo de viver, reúne tecnologia e culto do desempenho com consumo ecológico e práticas integrativas complementares (PIC). Considerando-se todo o empenho de divulgação dos hábitos saudáveis para o corpo-mente sob o viés da comprovação científica – seja por meio de pesquisas patrocinadas pela OMS ou por empreendimentos público-privados europeus e norte-americanos - também não surpreende que tenham alcançado popularização. Mais intrigante é a ampla aceitação do *dever* da administração emocional, do autocuidado e do autoaperfeiçoamento, por meio de práticas restritivas, quase ascéticas. Dever que vem se tornando alegadamente regulamentado pela ciência, conformando e direcionando condutas individuais para uma vida metódica, cuja finalidade é obter a “boa saúde” física e mental.

²¹⁵ Em torno do comércio de bem-estar haveria um movimento financeiro que alcança a cifra de bilhões. De acordo com a revista ISTOÉ (23/12/2008), o *wellness* vem sendo considerado uma terceira onda bilionária - a primeira teria sido a dos automóveis e a segunda a dos computadores. Conforme essa reportagem, no Brasil, em 2002, a indústria do bem-estar movimentava em torno de US\$ 200 bilhões; em 2007, esse valor mais do que dobrou, passando para US\$ 500 bilhões. Seja no comércio de produtos, seja em programas internos de bem-estar para seus funcionários, todas as empresas querem agregar a ideia de bem-estar, qualidade de vida e longevidade às suas marcas.

3.9. Estilo saudável e racionalização prática da vida cotidiana por critérios científicos

Conforme Brubaker (1984, p. 34), Weber estava interessado na “relação entre a estrutura social e a personalidade” e, sobretudo, “preocupado com a extensão do controle tecnicamente racional sobre os homens nas empresas capitalistas e nas organizações administrativas burocráticas”²¹⁶. A racionalidade técnica e a intelectualização invadiram todos os domínios da vida e hoje são essenciais para o funcionamento social. Os valores éticos perderam a primazia para o conhecimento técnico. A atividade intelectual desvinculou-se da ética e passou a ser um valor “essencialmente individual”, “perseguido como um fim em si mesmo” (BRUBAKER, 1984, p. 81). Para Weber, entretanto, a burocratização, a racionalização e a calculabilidade seriam incapazes de prover a humanidade de maior bem-estar; ao contrário, gerariam tensão entre procedimentos técnicos e procedimentos éticos nas atividades da vida cotidiana (Cf. BRUBAKER, 1984). A racionalidade técnica serve para um limitado número de problemas humanos que não envolvem valores pessoais e que podem ser tratados de uma maneira racional, objetiva e neutra. A maior parte dos eventos da vida depende de uma racionalidade subjetiva que requer a coerência lógica dada pelo próprio sujeito a partir do diálogo entre a razão e seu referencial de valores éticos e crenças. Tais decisões não poderiam, por isso, seguir somente critérios técnicos.

Na atualidade, a sistematização científica do conhecimento adquiriu uma importância extraordinária para a economia, para a administração e para a ação individual. A demanda cada vez maior por conhecimento técnico especializado direcionou o sistema moderno de educação formal e interferiu na estratificação social, ao determinar mais oportunidades para os profissionais especialistas. A ciência resultou do processo de intelectualização progressiva e de autonomização das esferas de valores; um dos efeitos desse processo de intelectualização é o progressivo desencantamento do mundo, que deslocou a visão mágica e religiosa, substituindo-as pela visão científica e oferecendo explicações causais em termos técnicos, mas que, por outro lado, enfraqueceu a crença em um suposto sentido do mundo passível de descoberta, gerando uma crise em relação à possibilidade de sentido na existência. As explicações racionais naturalizaram e retiraram o mistério dos fenômenos. No entanto, abriram a perspectiva de crença no domínio do mundo pelo cálculo e pela previsibilidade que erodiu o significado da vida (Cf. BRUBAKER, 1984, p. 31).

²¹⁶ “Weber is concerned with the extension of technically rational control over men in capitalist firms and bureaucratic administrative organizations. Such control, based on strict discipline, tends to reduce the individual to the function he performs”.

Diz Weber (1993, p.30), em *Ciência como Vocação*:

A intelectualização e a racionalização crescentes não equivalem, portanto, a um conhecimento geral crescente acerca das condições em que vivemos. Significam, antes, que sabemos e acreditamos que, a qualquer instante, *poderíamos, bastando que o quiséssemos*, provar que não existe, em princípio, nenhum poder misterioso e imprevisível que interfira com o curso de nossa vida; em uma palavra, que podemos *dominar* tudo, por meio da previsão. Equivale isso a despojar de magia o mundo. Para nós não mais se trata, como para o selvagem que acredita na existência daqueles poderes, de apelar a meios mágicos para dominar os espíritos ou exorcizá-los, mas de recorrer à técnica e à previsão. Tal é a significação essencial da intelectualização.

A crença no controle da realidade por meio da técnica impele mesmo os indivíduos com pouca formação intelectual ou científica a agirem de modo instrumental em todas as áreas da vida, calculando racionalmente meios e fins e medindo prováveis consequências da ação. Uma das grandes novidades do século XXI é a crença de que até mesmo a vitalidade, a longevidade e a morte futura possam ser previstas, calculadas e dominadas completamente por técnicas científicas, que, não obstante, muitas vezes se inspiram em métodos racionais de controle do corpo e da mente desenvolvidos em meios religiosos.

A esfera da saúde tem se sobressaído como determinadora de regras de comportamento e também contribuído para uma diferenciação moral entre os saudáveis e os outros, os futuros doentes ou aqueles possíveis degenerados que colocam sua vida em risco, às vezes a de outros, como acontece nos estados de dependência química ou epidemia de contágio. A saúde foi alçada a um valor máximo que ultrapassa outros valores e outras esferas. Pode-se entender a existência de uma esfera da saúde, apesar de não ter sido definida por Weber, uma vez que essa área de conhecimento vem ganhando legitimidade e regras próprias após 1950, sobretudo com o desenvolvimento da epidemiologia como campo específico. Principalmente com a instituição de uma área específica de saúde mental, a busca de bem-estar e de cura para desordens psíquicas entrelaçou-se ao conceito de saúde biológica e foi incluída entre os hábitos saudáveis do cotidiano. A busca de bem-estar e a busca de prazer confundem-se no autocuidado contemporâneo. Ao contrário da ética puritana, o gozo sexual não é reprimido e é estimulado por motivo de saúde. Entretanto, com a pretensão de domínio da esfera da saúde sobre a esfera erótica, o sexo encontra-se cada vez mais racionalizado e domesticado no sentido técnico.

Embora as ciências da saúde possam entrar em confronto com as religiões no que diz respeito às explicações da realidade e dos fenômenos - e até a alguns procedimentos medicinais, como é o caso, por exemplo, da transfusão de sangue para os *Testemunhas de Jeová* -, é interessante notar que a racionalização prática imposta pelo comportamento

saudável raramente colide com os postulados religiosos²¹⁷. Um dos pontos em comum entre a moralidade sanitária e a moral religiosa é o valor sagrado da vida por ela mesma. As religiões dificilmente aprovam a morte voluntária (Cf. WEBER, 2006b, p. 355), posição apoiada amplamente por diversos segmentos sociais. Quem persiste com maus hábitos pode ser considerado suicida do ponto de vista da saúde e da religião, daí a condenação moral. Outra convergência é que, apesar dos diferentes objetivos e motivações, os valores religiosos e de saúde cooperam na formação de hábitos duradouros de autocontrole corporal e emocional. Ainda que coexistam diferentes motivações individuais, até mesmo profanas, a principal continuidade da vida saudável em relação à ética puritana é a ação racional sobre si mesmo para preservar a saúde e prolongar a vida. Se da ética protestante nasceu uma ética profissional, a moralidade religiosa de cuidado com o corpo, quando secularizada, originou a obrigação moral de prevenir o adoecimento. Aquele que não o faz é irracional e, portanto, descontrolado.

A rotina saudável é quase uma ritualização do cotidiano. Além da herança puritana, inclui hoje elementos místicos das religiosidades asiáticas que se firmaram no Ocidente pelas mãos da contracultura. A meditação ou contemplação inativa, por exemplo, um dos hábitos contemporâneos de saúde, não era bem aceita entre os puritanos, pois desviava tempo do trabalho e oferecia perigo de desvio moral²¹⁸. Ao contrário do luteranismo, para o qual a *unio mystica* alcançada pela contemplação poderia beneficiar a vida racional, fortalecendo o cérebro e iluminando a razão para a ação no mundo²¹⁹ (Cf. WEBER, 2004a, p.215), no puritanismo ela era considerada uma porta aberta para as tentações da alma. Na visão puritana, a possibilidade de penetração do divino na alma humana não existia e a contemplação propiciava uma divinização da criatura. Do ponto de vista das religiosidades místicas, a contemplação é uma via para o êxtase, um estado de consciência que é irracional.

²¹⁷ Além da questão do aborto, eutanásia, intervenções e transplantes restritos em algumas religiões, entre as poucas exceções de discordância sobre os hábitos de saúde estão as atividades sexuais com objetivo único de prazer (incluindo a masturbação), que são bastante estimuladas como instrumento de saúde mental e condenadas pelas religiões. O restante das recomendações - alimentação, exercícios, redução do estresse e eliminação de dependências químicas - vêm sendo propaladas também pelas instituições católicas, protestantes, espíritas, afrobrasileiras, budistas e outras. Por exemplo, por ocasião da implantação da lei antitabaco, centros de umbanda decidiram modificar os cultos proibindo o uso de charutos e cigarros durante a possessão mediúnica.

²¹⁸ É bem conhecido o provérbio “cabeça vazia é oficina do diabo”, que se opõe diretamente ao esvaziamento da mente proposto pela meditação mística.

²¹⁹ A contemplação luterana, muito diferente da asiática, estava mais voltada para a devoção ao Deus bíblico e era recomendada pelos seus efeitos revitalizantes para a vida profissional. Havia uma associação entre o fortalecimento do cérebro e a paz obtida da união com Deus. Conforme observa Weber (2004a, p. 215), “pode-se ver que contemplação mística e concepção racional da vocação profissional não são em si excludentes”.

Nas últimas décadas, a meditação foi incluída entre os hábitos saudáveis, depois de ser objeto de inúmeras pesquisas das quais foram extraídas explicações neurológicas sobre seus efeitos. A contemplação mística também passou por uma racionalização técnica que a transformou num meio instrumental para algo que já não é o êxtase. Numa linguagem secularizada poderíamos dizer que se trata, agora, do bem-estar, cujas características são semelhantes à paz de espírito buscada pelos caminhos de salvação. De qualquer modo, atualmente o autocuidado não apenas bebe de antigas diretrizes religiosas, mas também atende necessidades atuais do capitalismo, que demanda corpos e mentes ativos para a produção de bens, sobretudo imateriais. Talvez seja possível pensar em afinidades eletivas²²⁰ entre os comportamentos de saúde e o modo de operação do capitalismo de consumo atual, assim como outrora ocorreu entre a vocação e o trabalho incansável na produção, pois as ações saudáveis de autocuidado são também exercícios de autodomínio que treinam indivíduos autocontrolados e responsáveis por seus riscos de saúde.

A racionalização da saúde aparentemente é técnica, não é ética, e interfere diretamente na racionalização prática, com a intenção de criar rotinas cotidianas. A vida social passa a ser regulada por parâmetros científicos. Na perspectiva weberiana, contudo, assim como a ciência não pode produzir sentido para a existência, não poderia, a princípio, servir como orientadora dos costumes como ocorre atualmente. Critérios científicos técnicos e objetivos, muitas vezes estatísticos, não deveriam ditar o que fazer ou como se viver, pois esse tipo de avaliação envolve sempre a esfera dos valores pessoais. Para Weber, não há “ciência isenta de pressupostos” e “ciência alguma tem condição de provar seu valor a quem lhe rejeite os pressupostos” (WEBER, 1993, p.49). A ciência cria a ideia de que o progresso técnico infinito pode evitar a morte, tornando-a obsoleta, mas isso, como afirmou Weber, distancia ainda mais o indivíduo civilizado de um sentido possível para a vida:

Todas as ciências da natureza nos dão uma resposta à pergunta: que deveremos fazer se quisermos ser tecnicamente senhores da vida. Quanto a indagações como ‘isso tem, no fundo e afinal de contas, algum sentido’, ‘devemos e queremos ser tecnicamente senhores da vida’? aquelas ciências nos deixam em suspenso ou aceitam pressupostos, em função do fim que perseguem (WEBER, 1993, p.37).

A atual multiplicidade de valores em disputa impede que apenas uma esfera de valor ou um estrato social imponha sua visão de mundo. Mas, considerando-se a força ideológica que as ciências adquiriram, no sentido de se fazer prevalecer enquanto verdade única e

²²⁰ Em linguagem weberiana, afinidades eletivas referem-se à forte atração recíproca entre “elementos que formam combinações preferenciais, os quais, porém, em presença de determinados outros elementos, se mostram impermanentes, dissolvendo-se em favor de novas combinações” (WEBER, 2004a, p. 278).

universal, os especialistas da área da saúde (epidemiologia, biologia, neurologia, medicina, nutrição, psicologia, etc.) “possuem o poder” de determinar o que é certo ou errado. Esses especialistas ganharam poder pedagógico e poder de avaliar (julgar) as atitudes de acordo com uma visão de mundo racional e calculável, mas que não deixa de ser perpassada por outros valores culturais, inclusive por crenças. Depois de terem substituído os magos na função de cura, os segmentos profissionais com conhecimento de saúde sucederam os sacerdotes no pastoreio das almas e na regulação dos corpos e das paixões. Propõem um modo de viver racional de “adequação ao mundo” que alça “a racionalidade baseada na verificabilidade científica ao estatuto de único guia para a ação positiva” (SCHLUCHTER, 2011, p. 103). Na perspectiva weberiana, seria necessário questionar em que medida a neutralidade axiológica existiria realmente na concepção de hábitos e condutas corretos.

Objetivamente, levantamentos estatísticos e inúmeras investigações científicas comprovaram a eficácia dos preceitos preventivos de saúde estabelecidos pela OMS, bem como a interferência dos estados emocionais na saúde. Pode-se argumentar que isso bastaria para convencer os cidadãos a dirigirem suas vidas por uma conduta metódica, racionalizada, com vistas à longevidade. Essa explicação, contudo, à luz das problematizações weberianas seria simplista. Embora reiteradas pesquisas divulgadas nas mídias confirmem credibilidade a determinadas modalidades de autocuidado, pensando com Weber seria difícil imaginar que comportamentos fossem modificados se não houvesse uma forte legitimação cultural que oferecesse um sentido maior para a motivação individual, predispondo à aceitação das propostas de saúde ditas racionais e científicas. Afinal, as condutas que constituem o estilo de vida saudável exigem muita disciplina e até certo sacrifício.

Longe de pretender uma resposta absoluta para a legitimidade adquirida pelos padrões saudáveis, podem ser extraídas duas interpretações do problema. Primeiramente, os comportamentos considerados saudáveis são qualitativamente mais próximos dos hábitos das camadas mais privilegiadas do ponto de vista econômico, educacional e social; são estas que propalaram o autocuidado corporal e mental, que, por sua vez, funciona como fator distintivo de prestígio, além de justificar teoricamente porque os mais pobres ou com menos escolaridade são menos saudáveis. Existiria uma espécie de associação naturalizada entre conhecimento intelectual e saúde, construída durante o processo histórico, que se reproduz na concepção de estilo de vida saudável e atribui os “maus costumes” aos menos privilegiados (ou ignorantes, incapazes). Decerto que a preocupação com a própria saúde é um fenômeno que vem se expandindo para vários segmentos da sociedade. Não obstante, há singularidades

qualitativas nessas condutas. Certo jeito de viver foi mais valorizado atualmente e considerado mais saudável e racional que outros.

Em segundo lugar, parece haver alguma continuidade entre a moralidade religiosa e a moralidade sanitária em termos de racionalidade prática, apesar da secularização dos valores. Metas eudemonistas como vida longa, saúde, sucesso e riqueza sempre existiram na humanidade, em várias culturas, épocas e locais. Esses assuntos por muito tempo foram monopolizados por especialistas religiosos. Mas a obsessão atual com saúde e bem-estar possui especificidades em relação a movimentos religiosos ou higienistas do passado, dentre as quais se destacam a ênfase nos estados psíquicos como causadores de doenças e a afirmação de poder individual para administrar disciplinadamente o corpo e a psique a fim de evitar o adoecimento e prolongar a vida. Mais recentemente, desenvolveu-se uma alternativa fármaco-química para a administração psíquica e, com o avanço técnico da neurologia, parece desenhar-se uma tendência de primazia do cérebro sobre o corpo como explicação para a possibilidade de autocontrole. Entretanto, aspectos simbólicos da salvação, nesta vida e dentro do mundo, estão presentes no ideal de longevidade feliz, indicando um deslocamento da recompensa religiosa no além para a recompensa em vida terrena - aliás, no final desta - manifesta em velhice com qualidade e bem-estar psíquico. Atualmente, esta é considerada a suprema vitória de uma vida humana.

Apesar de estarem mais relacionados com técnica do que com ética propriamente dita (já que a qualidade técnica e objetiva das pesquisas é a justificativa oficial para a adoção de novas condutas, e não os valores éticos), os hábitos saudáveis podem ser compreendidos como parte de um *ethos* - um “estilo de vida regido por normas e folheado à ética”, nas palavras de Weber (2004a) - que será tratado como *ethos terapêutico*, no próximo capítulo. A ênfase terapêutica das sociedades capitalistas atuais tem sido apontada por autores críticos da psicologização da sociedade e da transformação da psicologia em modo de interpretação da realidade social²²¹. O termo foi utilizado por Eva Illouz (2011)²²² para referir-se ao estilo afetivo emocional de interpretação da realidade, que resultou da combinação entre concepções da psicologia e da autoajuda, e que se expandiu para todas as esferas sociais, estabelecendo

²²¹ O termo *terapêutico* foi utilizado de modo crítico por Rieff (1987), Castel (1987), Lasch (1983, 1990), Rüdiger (1996), Bellah *et al.* (1996), Eva Illouz (2008), Ehrenberg (2010b), Beck (2002), referindo-se à nova abordagem psicológica desenvolvida durante o século XX. O modelo psicológico interferiu sobremaneira na condução da vida cotidiana, assim como no modo como os indivíduos pensam a si mesmos e aos outros, criando por isso um estilo capitalista afetivo e *terapêutico* de viver (Cf. ILLOUZ, 2008).

²²² No estilo terapêutico, característico do atual modelo de capitalismo, como apontou Illouz (2011), dificuldades provocadas pelo sistema social (desemprego, problemas financeiros, deficiências de saúde, riscos ambientais, etc.) aparecem como questões pessoais passíveis de intervenção terapêutica, biológica ou psíquica, problemas para os quais sempre haverá alguma terapia ou item de consumo apresentados como antídotos.

um discurso que justifica as injustiças sociais pela narrativa de fracasso pessoal. Estendemos a noção de *ethos terapêutico* para a saúde de uma forma geral, biológica e psíquica. No âmbito deste texto, o adjetivo *terapêutico* não se refere apenas aos aspectos subjetivos e psicológicos, abrange a saúde do corpo e da alma. A ênfase na ação de autocuidado está na prevenção, mais do que no tratamento; o autoaperfeiçoamento, por sua vez, na sua versão secularizada e terapêutica é a intervenção transformadora sobre si para despojar-se das características indesejadas, por isso é curativo.

O autoaperfeiçoamento é uma predisposição requisitada nas mais variadas instâncias da vida cotidiana. A importância econômica da informação e a veloz multiplicação de conhecimentos técnicos e novas tecnologias impõem a atualização profissional constante. Cada vez mais pesquisas trazem novos dados sobre o corpo e o cérebro, gerando expectativas de prolongamento da vida e da juventude, criando hábitos e demandas de produtos. Nas sociedades capitalistas contemporâneas prevalece a ideia de que a todos é possível sempre melhorar - corpo, personalidade, capacidade técnica -, só os acomodados não encontrarão sucesso, além de correrem o risco de adoecimento. Para *viver melhor*, com mais qualidade, como diz o clichê do bem-estar, é necessário tornar-se uma *pessoa melhor*, isto é, mais apta, técnica e emocionalmente, para lidar com a nova organização do trabalho e da economia.

O autocuidado e o autoaperfeiçoamento atualmente podem ter diversas motivações, que somente uma pesquisa empírica apurada poderia levantar. Aliás, é possível supor que considerável parcela da população não consiga seguir a liturgia da saúde e bem-estar (afinal, é um estilo de virtuosos). Mas, certamente, autocuidado e autoaperfeiçoamento são condutas que se vêm tornando regras sociais a partir da ideia de que as pessoas têm a obrigação moral de tornarem-se superindivíduos, autônomos e independentes de auxílio social, responsáveis por seus próprios riscos e com qualidades psicológicas adequadas às novas necessidades impostas pela atual organização econômica. Cada um deveria gerenciar a si mesmo como se fosse ele próprio uma pequena empresa em relação com outras e que, na lógica utilitarista da livre concorrência no mercado, atua racionalmente em benefício dos próprios interesses (Cf. LOPEZ-RUIZ, 2004). Significa sistematizar suas ações cotidianas, mudar os hábitos e a maneira de pensar, aprimorar o autocontrole e a autodisciplina, vigiar-se e programar seu tempo para melhorar a saúde, a imunidade, a aparência estética, a concentração, o sono, o desempenho, as relações afetivas. O corpo biopsíquico é a sede do indivíduo-empresa e ao mesmo tempo é seu capital humano. Nesse contexto, os hábitos de cuidado com a própria saúde e bem-estar deixam de ser característicos de determinadas camadas sociais para

tornarem-se uma necessidade geral de todos os indivíduos que queiram permanecer integrados à rede produtiva.

Seguindo a perspectiva weberiana, entendemos que as transformações nas concepções e valores referentes à saúde, evidenciadas nos últimos trinta anos, não são mero fruto das modificações políticas e econômicas promovidas pelo capitalismo em sua configuração pós-industrial. Resultam, isso sim, de uma constelação de diferentes fenômenos paralelos e interdependentes (incluindo as mudanças no plano político-econômico) que não são causados uns pelos outros, ainda que se afetem reciprocamente, produzindo a legitimação de modos de agir e pensar que concorrem para o funcionamento da economia. A terminologia weberiana permite-nos afirmar que as transformações conceituais de saúde para bem-estar - assim como a implantação de políticas públicas que visam formatar os indivíduos segundo um padrão de comportamento conveniente para o funcionamento do capitalismo contemporâneo -, podem ser entendidas, por um lado, como eventos “economicamente condicionados”, pois acontecimentos políticos e econômicos determinaram diretrizes para a saúde das populações no plano mundial, levando em consideração as necessidades da nova ordem econômica. A busca individual por longevidade e bem-estar interessa aos Estados e empresas privadas, que assim se podem desincumbir de maiores responsabilidades pela saúde da população, agora em processo de envelhecimento que demandará cada vez mais despesas governamentais. Por outro lado, modificações nos costumes e nos valores possibilitaram a assimilação de ideias que acentuam a responsabilidade individual pela própria saúde e bem-estar, a necessidade de autoaperfeiçoamento, a possibilidade de integração corpo-mente e a interferência da psique na saúde biológica. Trata-se de alterações culturais que podem ser vistas como fenômenos “economicamente relevantes”, que brotaram primeiramente de um processo histórico de reivindicação de mais autonomia e liberdade individuais (Cf. BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009; EHRENBURG, 2010a); entretanto, quando foram incorporadas à nova cultura do capitalismo, passaram a alimentar um próspero nicho de mercado, que oferece produtos, serviços, informações e valores simbólicos para a obtenção de bem-estar e saúde longa.

A reflexão sobre a dinâmica em curso entre a nova orientação de promoção de saúde e a nova cultura capitalista, que cobra autonomia e responsabilidade individual, ao mesmo tempo que tornam possível a mercantilização da saúde e do bem-estar, será retomada no próximo capítulo, com o auxílio de autores que procuraram entender essas relações no momento contemporâneo. Sobretudo, algumas teorias de Nikolas Rose serão extremamente úteis para abordar o autocuidado e o autoaperfeiçoamento na perspectiva foucaultiana de

otimização da vitalidade e de investimento no próprio capital humano.

4. Autocuidado e gestão de si no *Ethos terapêutico* contemporâneo

Gradualmente, durante o século XX, nos países ricos, constituiu-se uma espécie de mentalidade de época – à qual denominamos *ethos terapêutico*²²³ - que sobrevaloriza a saúde de modo geral, física e mental, como estão integradas atualmente sob a alcunha de bem-estar. Essa visão de mundo obcecada com a prevenção do adoecimento mediante a conduta saudável pode ser notada desde os anos 1970, reforçada na década seguinte com o crescimento do culto ao corpo e da malhação, como também pelo interesse por alimentação balanceada e práticas asiáticas. Consolidou-se, no Brasil, somente no final dos anos 1990, entre os estratos privilegiados, expandindo-se para todas as camadas no início do século XXI. As regras saudáveis não sugerem somente *como se pode* conduzir a vida individual, a insistência nas campanhas de saúde gera um *como se deve* regulado por critérios científicos que invadem a ordem moral. A regulação dos comportamentos em torno da saúde e a divulgação cada vez maior da mensagem de responsabilidade individual pelo adoecimento promoveram uma avaliação moral negativa dos que não se cuidam. Minimamente, as pessoas podem sentir-se coagidas a aparentar saúde pela sinalização do comportamento.

Na perspectiva desta tese, o atual ideário de saúde e bem-estar que enfatiza os hábitos de autocuidado e o aperfeiçoamento de si é resultado de um processo cultural abrangente, de âmbito mundial, que envolve tanto aspectos macroeconômicos como modificações nos valores éticos e morais que confluíram para a legitimação da responsabilidade individual pela própria felicidade e longevidade. A disseminação das novas concepções de saúde não se encontra isolada de outras transformações globais ocorridas nas últimas décadas, impulsionadas pelo acentuado processo de contestação das tradições e de *individualização*²²⁴. Não apenas na saúde, mas em todas as áreas da vida, o indivíduo deve proceder como um arquiteto e administrador de si mesmo, estabelecendo projetos de vida, planejando sua

²²³ *Ethos* está relacionado a um estilo de condução de vida e não significa somente os traços característicos de um determinado grupo social (Cf. WEBER, 2004a, p. 51, 284). Entretanto empregamos o termo *ethos terapêutico* em duplo sentido, no de estilo de vida regido pelo dever de autocuidado e autoaperfeiçoamento, bem como pelo dever de administrar-se como se fosse uma empresa, mas também com significado de visão de mundo, concepções e condutas específicas de determinados grupos com mais prestígio social, depois generalizadas como modos mais coerentes de sistematizar o pensamento e a ação, no tocante à saúde e ao bem-estar.

²²⁴ Ulrich Beck (1997, p. 18; 2002) denominou de *individualização* o processo pelo qual riscos, ameaças e ambivalências antes resolvidos pelos referenciais dos grupos sociais passaram a ser de responsabilidade dos indivíduos. O autor entende que esse processo gerou um novo tipo de conduta institucional generalizada (Estado, empresas, escolas, etc.) baseada nos novos regulamentos do Estado do Bem-estar Social, que “considera o indivíduo como ator, planejador e diretor de cena de sua própria biografia, identidade, redes sociais, compromissos e convicções” (BECK, 1997, p.25), e um novo tipo de conduta individual que segue a mesma linha, forçando o sujeito a assumir a responsabilidade pela própria vida. Em outras palavras: “faça você mesmo”.

biografia e esculpindo sua identidade a partir das próprias escolhas e decisões, sem contar com referenciais tradicionais de grupo (família, religião, profissão, classe social), como ocorria anteriormente (Cf. BECK, 1997, 2002). Some-se a esse processo o desmoronamento do Estado do bem-estar social, o impacto econômico do envelhecimento das populações sobre as contas estatais e a institucionalização da ideia de que cada um deve arcar com os custos dos próprios riscos de saúde.

Assim, consideramos a atual obsessão cultural com o autocuidado, o aperfeiçoamento da personalidade e a adoção de hábitos saudáveis como fenômeno de superfície que é parte de um problema mais profundo: o imperativo da *gestão de si* como norma ou como conduta legítima de vida nas sociedades capitalistas contemporâneas. A *gestão de si*, traçada como tipo ideal, é um modo racional de conduzir-se na existência como se a própria individualidade fosse um empreendimento, algo a ser planejado, programado, organizado e administrado para adquirir mais eficiência, mais valor e mais competitividade no mercado²²⁵. Requer uma sistematização metódica da vida e uma intervenção da pessoa nela própria, recompensada pela promessa de viver mais e melhor (“com mais bem-estar e qualidade de vida”, para usar o já gasto vocabulário vinculado à saúde). O gerenciamento eficiente de si inclui ações para otimização da saúde, da aparência e das habilidades emocionais.

Weber investigou a força modeladora que os valores culturais exercem sobre a economia e identificou que, com a fundamentação no estímulo psicológico produzido pelo puritanismo ascético, a vida se transformava num empreendimento de salvação da alma. O cálculo da presença de Deus em cada detalhe da vida conferiu “caráter de administração de empresa” ao cotidiano (WEBER, 2004a, p.113) e contribuiu para um processo individualizador. Na contemporaneidade, ocorre uma radicalização desse processo iniciado com a Reforma. Hoje, é o próprio indivíduo que se transforma em empresa: corpo, subjetividade, personalidade, identidade, tendem a ser calculados e sistematizados dentro de um plano de autoconstrução e melhoramento contínuo (autoaperfeiçoamento) que é estimulado e cobrado socialmente.

O termo *gestão* é emprestado do jargão administrativo utilizado nos ambientes corporativos, cujos treinamentos de funcionários passaram a incluir, desde a década de 1990, elementos da psicologia e da autoajuda para promover o engajamento nas causas da empresa, além de estimular a autodisciplina e a responsabilidade individual (Cf. GAULEJAC, 2007). As transformações culturais acerca das noções de saúde, bem-estar e subjetividade ligadas à

²²⁵ Sobre as influências do novo modelo de gestão empresarial na vida individual, ver: *A gestão como doença social*, de Vincent de Gaulejac (2007).

produtividade do indivíduo-empresa levaram à propagação de novos modos de relação consigo próprio e com os outros, bem como a práticas de autocuidado e autoaperfeiçoamento para valorização do próprio capital humano, que podem ser abarcados pela conduta definida como *gestão de si*.

As mudanças na economia processadas nas últimas décadas provocaram revisões no modelo de gestão empresarial, gerando novas regras de comportamento que afetaram os indivíduos. As estratégias de gerenciamento empresarial foram modificadas para privilegiar a organização mais horizontal, em equipes. Ao mesmo tempo, novas habilidades de relacionamento e comunicação passaram a ser requeridas, também aumentou a pressão por rapidez e qualidade, exigindo maior autocontrole emocional (Cf. BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009; ANDRADE, 2011; EHRENBURG, 2010a). Assim, o modo de ser e a personalidade dos funcionários passavam a interessar suficientemente os empregadores, fazendo com que houvesse preocupação com sua modificação e com a transmissão de um padrão de excelência para a gestão pessoal. A meta era construir o que Sennet (2006) chamou de “individualidade idealizada”: autônoma, flexível, criativa, proativa, sempre disposta a mudanças, e, sobretudo, que se mantenha sadia e independente de auxílio alheio. Trata-se de um tipo de mentalidade empreendedora que utiliza a administração racional do corpo e das emoções para se transformar em uma personalidade “vencedora”, adequada às novas necessidades econômicas.

A *gestão de si* é uma forma de racionalidade empresarial aplicada à vida cotidiana principalmente propagada a partir dos treinamentos corporativos, embalados pelo entusiasmo com o empreendedorismo e a autoajuda como “filosofias de vida”. As práticas esportivas e as atividades físicas passaram a representar a atitude empreendedora de competir consigo mesmo para superar os próprios limites e alcançar a excelência. Alain Ehrenberg (2010a) verificou, na sociedade francesa, a popularização de ideias que vinculam o esporte, a empresa, o empreendedorismo e a condução da vida, fenômeno que surgiu nos EUA e também ocorreu em outros países. A conjugação simbólica do esporte com o empreendedorismo colaborou para a difusão de um novo modo de ação que implica o indivíduo no desenvolvimento de responsabilidade e autonomia, bem como no aperfeiçoamento contínuo para atingir níveis espetaculares de desempenho. O esporte, por sua vez, começou a ser associado com “um estado de espírito” empreendedor, um “sistema de condutas” (EHRENBURG, 2010a, p.17-18) que produz o autoaperfeiçoamento. As ideias desse autor, sobre o que denominou *culto da performance*, levam à conclusão de que a mesma pedagogia presente na empresa e no esporte

busca estimular o autodomínio e o autoaperfeiçoamento, induzindo os indivíduos a administrarem a própria vida segundo o modelo racional empresarial. Porém, é antes uma autonomia artificial e fabricada, esclarece o autor, uma maneira de pensar que convoca o indivíduo a assumir, sozinho, responsabilidades que o Estado e as empresas já não são capazes de suportar.

No contexto empreendedor, a identidade é constituída por meio do esforço individual sobre si, principalmente pela modelação da imagem corporal; muitas vezes conta mais a aparência e a disposição de vencedor do que o desempenho propriamente dito. O corpo biológico, concebido como integrado à mente ou ao cérebro, pode espelhar a imagem escolhida para representar a identidade; os músculos e a boa forma são o sinal aparente da disposição para superação dos obstáculos da vida. A atividade que adquire importância é o trabalho racional sobre o corpo e as emoções, não mais com o objetivo de salvação, como ocorria no protestantismo ascético, mas para alcançar saúde, longevidade, bem-estar psíquico e forças para a realização de um projeto pessoal, num mundo cada vez mais tumultuado.

Por outro lado, pode-se pensar em *gestão de si* como um modo de subjetivação - para usar a terminologia foucaultiana - que constitui o sujeito gerenciador de si mesmo como se fosse uma empresa. A *gestão de si* é um modo administrativo e ao mesmo tempo terapêutico de ser, agir, pensar, organizar a vida e intervir em si próprio que implica autodisciplina e autocontrole; estimula a auto-observação, o autoconhecimento, o autoaperfeiçoamento sem fim. Inclui cálculo dos riscos individuais, planejamento e ação para uma vida longa, ativa e feliz. Vida futura construída a partir do presente por meio de hábitos cuja eficácia foi cientificamente comprovada para evitar doenças, combater o envelhecimento e prolongar a vida. As ideias semeadas por Foucault serão essenciais para a discussão desenvolvida por Nikolas Rose, de um possível governo de si e das populações pautado na “cidadania biológica” - direito e dever de saúde ótima mediante a prevenção -, na maximização da vitalidade e no investimento no capital humano. Essas teorias esclarecem sobre a emergência de saberes-poderes - medicina, psicologia, psiquiatria, epidemiologia, neurociências - e a maneira como podem auxiliar a conformar sujeitos automonitorados e autovigilantes, pela propagação de métodos de intervenção sobre si.

Ainda que Weber e Foucault tenham divergências epistemológicas, que extrapolam nosso espaço de investigação, para o problema de pesquisa proposto apresentam visões paralelas que contribuem para o entendimento da aceitação individual do dever de autocuidado e da *gestão de si* como modo correto de conduzir a vida. Embora de maneiras

diferentes, esses autores trataram da questão da constituição das individualidades e da orientação das condutas. Weber estava interessado tanto na interferência do extremo processo de racionalização ocidental sobre a vida prática quanto nas motivações individuais para aderir a certos estilos de viver e não a outros. Foucault, por sua vez, procurava investigar as formas como o indivíduo assimila as regras sociais e age sobre si para transformar-se, problematizando não somente o governo de si, mas também o governo dos outros e as individualidades como objeto de governo político-econômico (Cf. GORDON, 1987).

Weber olhou mais diretamente para as heranças religiosas na organização da vida laica, mas Foucault também abordou essa questão pela ótica do poder pastoral e da história da sexualidade no Ocidente. Sugeriu que o governo das populações pelo Estado moderno deu continuidade à relação pastoral estabelecida pela Igreja, ampliando seu alcance por meio de instituições civis, com o auxílio de diversos saberes. No nosso entendimento, a visão foucaultiana permite pensar a saúde como uma potencial herdeira da religião na condução pastoral das almas. Além de oferecer motivação individual forte para o dever de autodomínio, como outrora fazia a religião, possibilita uma justificativa ética para o governo das populações de maneira muito individualizada, incidindo na condução da vida prática.

Um dos principais pontos de congruência entre Weber e Foucault é a “crítica ao presente, compreendido em sua singularidade histórica” (FONSECA, 2009, p. 240). Ambos, por meio da investigação histórica, procuraram identificar processos que levaram à produção de ideias que legitimam situações de dominação na atualidade. A dinâmica de aceitação da realidade construída como se fosse algo natural foi alvo de estranhamento para esses autores. Para Weber não existem verdades absolutas, mas concepções referentes a contextos de época. Foucault, por sua vez, aponta a arbitrariedade das ciências humanas na invenção de ideias, de acordo com as necessidades de governo das populações. Ademais, as teorias desses autores questionaram, por vias distintas, o poder do conhecimento técnico, sobretudo o poder do saber científico e intelectual em nossa época, mostrando que no interior da suposta racionalidade científica subjazem elementos de extrema irracionalidade, muitas vezes embasados em valores de ordem moral, mais do que na razão. A regulamentação da vida privada em nome da saúde é assunto extremamente contemporâneo e de uma sutileza ímpar, característica do nosso tempo, que obscurece o potencial de dominação e de governo moral das condutas latente na pedagogia do bem-estar. Porém, trata-se de uma intervenção consentida e desejada pelos indivíduos, porque salva vidas.

Todos esses temas transpassam o fenômeno do estabelecimento do dever de gerenciar

a própria vida como se fosse uma empresa, principalmente o próprio corpo e mente conforme a meta contemporânea de saúde perfeita. Assim, primeiro caracterizaremos a conduta saudável do *ethos terapêutico* como tipo ideal²²⁶, em comparação com as antigas recomendações dietéticas, a partir dos conteúdos do noticiário. Nos tópicos seguintes, serão retomadas as principais contribuições de Foucault, interpretadas pelas abordagens de Nikolas Rose, que discute as modificações acerca da economia, da saúde e até mesmo a possível emergência de uma nova ética “somática” na cultura capitalista do século XXI, ancorada na existência de um *Eu* anterior ao social e na maximização da biologia humana, especialmente das capacidades cerebrais.

4.1. A conduta saudável e as regras do *ethos terapêutico*

A conduta ética mais diretamente relacionada ao *ethos terapêutico* é o que se convencionou chamar de estilo de vida saudável. Baseado na ação preventiva, diz respeito às regras e às práticas direcionadas para a conquista de uma vida longa, útil e feliz. Pensando de modo típico-ideal, é um conjunto de hábitos de autocuidado e aperfeiçoamento da personalidade que exercita a autovigilância cotidiana. No delineamento do que é saudável²²⁷, consta a autodisciplina exercida sobre o estômago (dieta), sobre o corpo (exercícios físicos), sobre a mente (exercícios mentais), sobre as emoções e o espírito (evitar a raiva, cultivar o otimismo, a espiritualidade, a fé e a esperança). No *ethos terapêutico*, o autoaperfeiçoamento tem o sentido de ação de cura, de transformação renovadora sobre o indivíduo, para que ele adquira uma personalidade sã, capaz de manter o corpo sadio. O autoperfeiçoamento terapêutico torna-se também uma condição para a saúde biológica, pois produzirá um indivíduo responsável por si.

Por um lado, a conduta saudável está baseada no cálculo de benefícios individuais, por isso tem características utilitárias. Um dos prêmios para a mudança de hábitos e para o desenvolvimento de autodisciplina e autocontrole é a amplificação das potencialidades físicas

²²⁶ Os traços marcantes da conduta saudável requerida pelo *ethos terapêutico* serão acentuados de forma até exagerada em relação ao que se pode encontrar na realidade cotidiana, mas suas características foram extraídas das mensagens transmitidas pelo noticiário.

²²⁷ De acordo com álbum seriado *O que é vida saudável*, do Ministério da Saúde (MS, 2004), utilizado em programas de educação em saúde, resumidamente a vida saudável consistiria em: a) alimentação com predomínio de alimentos *in natura* (pelo menos cinco porções de legumes, verduras ou frutas por dia, de preferência produzidos na estação); b) redução de alimentos industrializados, sal, açúcar, gorduras, embutidos; c) atividades físicas frequentes, de pelo menos trinta minutos por dia; d) eliminação de tabagismo, redução da obesidade e do consumo de álcool; e) combate ao estresse, à ansiedade e à depressão por meio de maior dedicação às relações sociais, ao lazer, à fé, espiritualidade, autoestima e ao prazer de viver.

e psíquicas. Além da prevenção do adoecimento e da aparência jovem, o autocuidado e o autoaperfeiçoamento são parte do treinamento para a superação de desafios. O corpo e a mente são instrumentos de aprimoramento das habilidades para ser bem-sucedido no mundo dos negócios e do trabalho; o bem-estar subjetivo leva ao bem-estar financeiro e vice-versa. O objetivo final é do próprio interesse, o dever para com a humanidade não é o principal estímulo, mas sim a autorrealização e a satisfação pessoal.

Há, por outro lado, um dever moral de seguir normas sociais de autocuidado e autoaperfeiçoamento, cuja desobediência acarretará desaprovação dos demais, ou, dependendo das motivações individuais, pode também provocar culpa e vergonha. A reviravolta dos costumes no século XXI fez com que os assuntos do corpo fossem cada vez mais propagandeados. Entretanto, é nítido o deslocamento da moral repressiva do corpo, antes centralizada nas atividades sexuais e agora direcionada para a mesa, como é anunciado por ISTOÉ, em 1996²²⁸. A vergonha, sentimento que expressa mais diretamente a moral operante, no final do século XX já desenhava a falta de autonomia e o descontrole como falhas graves. VEJA, por sua vez, falava das novas modalidades de culpa²²⁹:

A culpa pelo pecado e o temor a Deus, por exemplo, perderam importância, enquanto o pesar ligado à dedicação insuficiente aos filhos e à família e as relações no trabalho ganharam destaque. Antes, bastava estar de bem com as leis da Igreja para se ver livre das principais fontes de culpa. As rígidas regras de conduta social deixavam pouca margem de manobra e, ao menor sinal de falha, era suficiente se confessar ou rezar. Se as coisas são diferentes agora é porque ocorreu durante o século XX uma grande revolução nos valores e nos comportamentos sociais. Diferentemente do que reclamam os saudosistas, a humanidade não degenerou do ponto de vista da ética. (...) A grande diferença com o passado é o homem contemporâneo ter-se tornado livre para fazer o que quer. Com isso, aumentaram as probabilidades de ele incorrer em culpas e dilemas morais. (VEJA, 31/07/2002, *Culpa – por que esse sentimento se tornou um dos tormentos da vida moderna*).

Comer demais é outra razão para sofrimento mental atualmente. Numa sociedade em que a beleza é fundamental, homens e mulheres que querem perder peso a qualquer custo se mortificam por não resistir a um sanduíche cheio de camadas, bem guarnecido com maionese e amparado por gordas fatias de pão macio. De chocolate e doces nem é preciso falar. A comilança também tortura, porque a alimentação está diretamente associada a uma vida saudável. Os dois principais distúrbios psiquiátricos ligados à culpa por não possuir o corpo ideal, a bulimia (apetite insaciável seguido de vômito) e a anorexia (repulsa a alimentos), eram raríssimos dez anos atrás. Hoje são frequentes nos consultórios médicos. (VEJA, 31/07/2002, *Culpa – por que esse sentimento se tornou um dos tormentos da vida moderna*).

²²⁸ Um especialista consultado por ISTOÉ (10/07/1996, *A inquisição da balança*: a culpa pelos prazeres da mesa aponta para uma nova moral dietética) comentava que a repressão foi transferida da cama para a mesa.

²²⁹ Para conviver com sentimento de culpa, VEJA (31/07/2002, *Culpa*) recomenda: “aceitar as próprias falhas; cultivar a tristeza da culpa por um tempo; substituir as perdas; mudar os objetivos que não podem ser realizados; pedir perdão a quem você prejudicou e assim perdoar a si próprio; apoiar-se na fé: a religião ainda é a fonte mais conhecida de expiação de culpa; procurar ajuda: psicólogos e psicanalistas auxiliam a identificar as raízes da angústia e a conviver com ela”.

Os hábitos saudáveis geralmente são parte de um projeto pessoal, no qual, por escolha ou necessidade, o indivíduo instaura uma rotina cotidiana (quase religiosa) voltada para a administração de si com o objetivo de evitar riscos de saúde, adquirir bem-estar, beleza e até sucesso. Já não subordinadas a tradições espirituais, as dietas e atividades corporais visam principalmente uma estética da boa forma e da juventude, que, supostamente, pode assegurar uma vida melhor. No entanto, a racionalização do corpo e da mente proposta pela conduta saudável é também uma questão de sobrevivência em meio a sociedades direcionadas para a prevenção e controle dos riscos futuros, nas quais prevalece a ideia de livre escolha pela própria vida. Nesse sentido falamos em uma dimensão imperativa, já que a estrutura social está montada sobre a premissa de que cada um é responsável por si mesmo, que deve administrar-se como empresa, independentemente das circunstâncias sociais nas quais está inserido.

O autocuidado contemporâneo envolve autodisciplina²³⁰ repressiva quanto à alimentação e à rotina de exercícios físicos. Porém, coexiste com o dever de extrair prazer das atividades corporais coercitivas atribuindo-lhes caráter lúdico de *lazer ativo*. Muitas são as recompensas geradas pela autodisciplina, em termos de saúde e longevidade, que vão da sensação de bem-estar ao desempenho sexual²³¹, passando também pelo desenvolvimento de autoestima e aperfeiçoamento pessoal. A contradição entre dever e prazer é atenuada pela motivação principal oferecida: “é para você”. Resumindo, esse esforço levará ao autoaperfeiçoamento e à construção de uma pessoa vencedora, por isso não deve ser encarado como sacrifício.

Na primeira década do século XXI, a busca de bem-estar e prazer confundiu-se com uma “arte de viver bem por longo tempo”, que inclui hábitos de cuidado com o corpo e a mente, motivados também pela promessa de aumento da produtividade. O corpo é uma máquina produtiva cuja eficiência deve ser preservada, mas é também fonte de prazer e bem-estar. A maior preocupação com o prazer, a sensualidade, o lazer e a felicidade foi estimulada pela cultura de consumo. A busca de prazer antes reprovada pelos puritanos tornou-se fator de saúde. A necessidade de transformação individual em pessoa que sente prazer foi reiterada pela noção de saúde como bem-estar subjetivo - estado psicológico de contentamento, calma e paz de espírito, que resulta em vitalidade. Estar bem consigo mesmo, amar-se, cuidar do

²³⁰ VEJA, 27/05/2009, *Emagrecer pode ser uma delícia*: “Corpo alinhado, sensação de bem-estar e leveza que vem com a saúde, manifestando-se nos cabelos, na pele, no olhar. Todo mundo quer ter tudo isso, embora a atenção e a disciplina necessárias tenham sido distribuídas, como tantas outras qualidades, de forma desigual”.

²³¹ Para Featherstone (1991), a grande motivação final do controle dietético e da disciplina de exercícios físicos para manter a boa forma é o poder sexual que se possa adquirir com um corpo bonito.

corpo e da aparência estética, cultivar a alegria e o bom-humor, passaram a fazer parte da busca de bem-estar.

Uma vez que a automotivação cotidiana é essencial para o bom cumprimento das regras saudáveis, a disciplina corporal depende antes da disciplina emocional. A importância da frequência e da regularidade dos hábitos é mencionada com insistência nas revistas. Conta acima de tudo a perseverança. O autoaperfeiçoamento consiste no empenho da pessoa em eliminar o pessimismo, incentivando-se para superar os próprios problemas e manter a disciplina e o autocontrole emocional. Significa também conseguir modular sentimentos agressivos no contato com outras pessoas. A raiva, a tristeza, a mágoa, o desânimo, o mau humor, a falta de esperança são os principais vilões afetivos da saúde. São *sentimentos negativos*, que devem ser combatidos por *sentimentos positivos* (calma, otimismo, alegria, felicidade). Essa proposta é bastante similar à do *pensamento positivo* da autoajuda, só que agora legitimada pelos estudos neurológicos. A depressão é o excesso de tristeza, o estresse é o excesso de agressividade, a ansiedade é excesso de medo ou de insegurança. Levadas ao extremo, as emoções negativas perturbam a saúde física.

O excesso emocional é problematizado, é pregada a temperança nos sentimentos. O equilíbrio mental, tão falado, diz respeito a um saber moderar-se aprendido na experiência social, ao domínio racional da expressão ou da repressão das emoções no momento adequado. Todavia, ao contrário do comedimento presente nos antigos manuais dietéticos, mais enérgico com relação ao controle das paixões, na moderação atual, a repressão do desejo não deve ser exagerada, pois a ausência de prazer adoece. Essa pode ser apontada como uma das principais diferenças entre a concepção que inaugurava a modernidade e a atual: o prazer é hoje essencial para a vida.

De outro ponto de vista, como observou Ehrenberg (2010b), que investigou a história da depressão, as perturbações emocionais contemporâneas, aquelas que hoje são consideradas problemas graves de saúde, são relacionadas com algum tipo de insuficiência biológica. Isso pode ser percebido nas explicações acerca da insuficiência de hormônios e neurotransmissores, ou das ligações neurológicas inadequadas, bem como sobre a ausência de outras substâncias necessárias ao bom funcionamento orgânico, especialmente de serotonina. Essa substância, atual chave biológica de entendimento do mecanismo do prazer, é também aplicável ao bem-estar em suas diversas nuances, e aparece como justificativa plausível tanto para a disciplina prática de exercícios físicos - a fonte mais segura e sadia de obtenção de prazer/serotonina - quanto para o consumo de medicamentos que supram essa necessidade.

Entre as correções emocionais que levarão à melhor saúde, o medo é um dos sentimentos problematizados como um entrave para a evolução do indivíduo contemporâneo. É sentimento apresentado como primitivo, assim como o são outras manifestações emocionais (estresse, depressão, ansiedade, agressividade) que o capitalismo, em seu formato flexível atual, pretende descartar. As fobias, por exemplo, decorrem da falta de autoconfiança e do modo negativo de encarar a realidade. A fobia social e a síndrome do pânico são transformações recentes em patologias sofridas pela timidez e pelo medo, ocorridas na última década, em paralelo à valorização de competências de comunicação e interação nos setores de serviços, que demandam maior exposição da personalidade. Ser simpático e bem-humorado, negociar em vez de brigar, evitar ou atenuar conflitos, ser otimista, são atitudes que dependem da administração emocional e garantiriam o sucesso tanto profissional quanto afetivo, conforme é apresentado nas mídias.

A autoestima recebeu imenso destaque no início do século XXI, não apenas como fator promotor de saúde mental, que evita a depressão e o suicídio, mas como sinal de normalidade. Não se amar é patológico, pode levar a transtornos psíquicos e distúrbios psicossomáticos, chegando a causar adoecimento físico. Portanto, a falta de autoestima coloca o indivíduo num grupo de risco. Ao mesmo tempo, levando em conta a necessidade de gerenciamento das emoções para o mercado profissional, a autoestima e a autoconfiança são virtudes essenciais. Afinal, se nem mesmo a pessoa acredita em si, por que a empresa ou o cliente acreditariam? O indivíduo que não apresenta autoconfiança não merece crédito. Em outras palavras, parafraseando Weber sobre as máximas de Franklin: a autoestima é dona da bolsa alheia.

Chama a atenção que aquilo que a literatura de autoajuda denominava de aspecto mental da autocura tenha sido traduzido como neurológico na última década. A infinita maleabilidade do cérebro/mente é enaltecida em ambos os momentos. Hoje se acredita que o comportamento é guiado pelo cérebro, podendo, portanto, ser administrado pelo saber das neurociências. A “boa notícia”, como dizem as revistas, é que o cérebro pode ser potencializado indefinidamente por determinados exercícios de *ginástica mental* ou *malhação cerebral*, além de ser passível de intervenções químicas ou elétricas²³² que alteram as emoções e os comportamentos. As emoções e sentimentos rotulados como “negativos” são efeitos de determinadas interações cerebrais instintivas, desnecessárias atualmente, e que, segundo as reportagens, podem ser dirigidas pela vontade, como foi relatado no capítulo 2. As

²³² A utilização de eletrochoque no cérebro, técnica bastante combatida pela antipsiquiatria, retorna hoje, evidentemente com intensidade bem mais fraca, como nova opção de tratamento para a depressão.

justificativas para a administração emocional são sempre de ordem biológica, não obstante, os prêmios para o autocontrole são subjetivos: bem-estar, prazer, felicidade e reconhecimento social por ser dono de si próprio.

As narrativas das revistas, acerca da influência das emoções sobre a saúde biológica e da necessidade da administração dos sentimentos, apresentam o autocontrole emocional e a firmeza nos hábitos como características do humano evoluído. Todavia, muitos dos preceitos da vida saudável contemporânea não passam de atualizações de antigas recomendações de saúde, pré-modernas ou modernas. Observando bem, a ciência pouco inovou em termos de descobrir benefícios desconhecidos de alimentos (alho, brócolis, gengibre, carne, cereais, oleaginosas, azeite, vinho, por exemplo, são recomendados há séculos) ou de criar hábitos inéditos, pois dedicou-se principalmente à ratificação ou refutação de práticas desenvolvidas por saberes tradicionais. As principais revelações científicas sobre efeitos da alimentação corroboram interdições postuladas pela medicina dos humores, pelos reformadores puritanos e pelas medicinas alternativas no século XIX, como a diminuição do consumo de carne, sal, açúcar, gordura, e outros alimentos considerados excitantes do organismo – café, chocolate, álcool. Os efeitos apresentados variam do maléfico ao benéfico, pesquisas e metapesquisas são publicadas revendo recomendações. O abuso de álcool é condenado, como há muito tempo, mas, contraditoriamente, a ingestão de vinho é incentivada pelas pesquisas. Sempre as mesmas referências aos povos do mediterrâneo ilustram as notícias sobre vinho e longevidade, desde a década de 1990, como se fossem descobertas recentes. A questão insistentemente colocada é a “apreciação com moderação”. Tal qual no puritanismo, a interdição moral repousa no descontrole e no vício. Mas, à diferença do conservadorismo religioso, existe a permissão contemporânea para o prazer pela degustação comedida. A temperança puritana é reinterpretada como equilíbrio, balanceamento, moderação, bom senso, mas o autocontrole continua sendo cobrado.

Bom senso é não exagerar nem no consumo nem na privação, assim o ato de comer fica mais agradável, se der vontade coma um hambúrguer sem culpa e sem exageros. (...) Esforce-se para que pelo menos uma refeição no dia tenha experiência estética e sinestésica (apresentação do prato, colorido, combinação). Você será mais saudável e feliz. (VEJA, 30/04/2008, *Você é o que come?* A importância da dieta equilibrada, o prazer do equilíbrio é a chave de tudo)

Aliás, a apuração do paladar é incentivada com o nome de reeducação alimentar e se configura como valor de distinção. O paladar deve ser educado para gostar de comidas pelo bem-estar que produzem. É um saber-apreciar que recentemente se fundamenta em pesquisas

neurológicas²³³. Segundo VEJA (30/04/2008, *Você é o que come?*): “pesquisadores de Oxford desvendaram processos cerebrais que levam a achar fritura mais atraente que rabanete”, “a gordura atinge o córtex cingulado”, o mesmo é estimulado “quando recebemos carinho ou sentimos cheiro perfumado”; (...) “Nutrientes tem efeitos sobre o cérebro e neurotransmissores são responsáveis pelo estado de espírito, alguns nutrientes promovem ou diminuem agressividade”; descobriu-se um “instinto natural da seleção da comida”, porém “é possível adestrar o paladar para extrair prazer de outras comidas”. Como afirma VEJA (30/04/2008, *Você é o que come?*), “A chave aqui é cultural. Gostar de vegetais implica educar o paladar - e antes dele, óbvio, o cérebro”.

Se a alimentação ainda remete às tradições dietéticas, muitas foram as mudanças de costumes com relação ao corpo e seus afetos, e sobre as atividades sexuais. A dietética greco-romana dizia respeito a um código ético de uso comedido dos prazeres e a um conjunto de práticas estratégicas para alcançar o domínio de si, que abarcava também a econômica e a erótica (Cf. FOUCAULT, 2007b). Dietética não tinha significado somente alimentar; era composta por regras básicas de condução da vida vinculadas à dinâmica sócio-política daquele contexto. A dietética cristã do início da modernidade, por sua vez, visava desenvolver a temperança com motivações religiosas. Todavia, estava presente a preocupação com o uso racional dos prazeres e a discussão sobre o governo das condutas de acordo com as condições políticas e econômicas daquele tempo. Também, hoje, talvez pudéssemos pensar numa ascensão do tema da alimentação dentro de uma nova problematização do autocontrole como necessidade da nova ordem econômica e como estratégia biopolítica contemporânea. Mas esse fenômeno só frutificou em nossa época diante de circunstâncias culturais que fizeram crer que a autodisciplina levaria à realização pessoal.

A separação da medicina como campo de saber específico, distinto da filosofia e da nutrição, reduziu a função terapêutica da alimentação a partir do século XIX. As ciências da nutrição estiveram por muito tempo interessadas na quantidade de energia calorífica produzida pelos alimentos. As propriedades preventivas e curativas da alimentação eram vistas como ignorância. Após os anos 1980, ocorreu um renascimento da dietética, no sentido de conjunto de regras para a regulação dos prazeres. Um modo de ser e viver para prolongar a vida e obter bem-estar psíquico foi cada vez mais propagado pelas mídias, pelas medicinas

²³³ A prevalência das explicações neurológicas para a alimentação também estão presentes em ÉPOCA (22/09/2011, *Culpe seu cérebro*: Um novo estudo sugere que, nos obesos, ele está programado para tornar a comida mais atraente): “A pesquisa mostra que os magros pensam na comida de maneira racional. Os obesos, de forma impulsiva. Por ora, o estudo ajuda a esclarecer que o desafio de emagrecer não decorre apenas de falta de vontade, como diz o senso comum”.

tradicionais e alternativas, pelas empresas, pelas escolas, pela saúde coletiva.

Como nas versões antigas, as práticas de autocuidado contemporâneo estão novamente interligadas num conjunto, agora denominado *estilo de vida saudável*, que reitera a importância de algumas das seis “coisas não naturais”. A versão brasileira é o *Pentágono do Bem-estar* (1-alimentação saudável, 2-atividade física, 3-controle do estresse, 4-relacionamentos sociais, 5-comportamentos preventivos), modelo conceitual com o qual trabalham as indústrias e segmentos da saúde coletiva (Cf. NAHAS *et al.*, 2000; GOMES, 2008; SESI, 2010b).

Alimentação e bebidas (sucos, chás, vinho), tal qual antigamente, ganharam prioridade nos tratamentos de saúde. As atividades corporais hoje são muito mais vigorosas, ainda que a caminhada e os exercícios leves sejam bastante recomendados. O repouso quase inexistente, uma vez que foi substituído por atividades de relaxamento, como a ioga e a meditação. Até mesmo o lazer já não corresponde ao repouso, pois deve envolver atividade física para evitar sedentarismo. Dormir bem, raridade na vida cosmopolita, continua sendo garantia de vitalidade. Mas a meditação é considerada mais eficiente que o sono para efeito de repouso. O sono adequado e as atividades de vigília passaram a ser estudados pela neurologia e são também considerados essenciais para o aumento do desempenho.

O controle das emoções – ou das paixões – tornou-se necessidade para evitar problemas de saúde, porém, manteve a característica de distinção moral e prestígio dos “nobres de espírito”, contida nas regras sóbrias de Cornaro. O descontrole emocional ainda é caracterizado como “primitivo”, entretanto, as imagens do cérebro em movimento são os indicadores de mecanismos biológicos herdados de etapas menos evoluídas da humanidade, devendo, portanto, ser descartados. A administração emocional, ademais, passou a ser fator de peso para a valorização social e profissional do indivíduo com a ascensão das novas teorias de gestão empresarial combinadas à psicologia.

Fatores externos ambientais como o ar e meio, por outro lado, bem como a evacuação e a repleção, hoje são bem menos problematizados do que eram na dietética do início da modernidade. A poluição do ar não foi assunto de importância para a saúde em nenhuma das revistas²³⁴, ainda que algumas vezes conste entre os hábitos saudáveis o contato com a natureza, mas a referência principal não é o ar puro; é a paisagem, que ajuda no bem-estar

²³⁴ Algumas pouquíssimas capas sobre os agrotóxicos e os transgênicos entre 1988-2011. ÉPOCA denunciava o perigo do uso de agrotóxicos (21/06/1999, *O perigo ronda a mesa: alimentos contaminados*) e apoiava a luta contra a utilização de amianto (ÉPOCA, 16/04/2001, *Uma mulher de combate*). VEJA (29/10/2003, *Transgênicos: o medo do novo*) defendia os transgênicos como benéficos para os agronegócios.

psíquico. Os hábitos cotidianos são vistos como os principais causadores de doenças. O único fator ambiental constantemente apontado é a radiação solar, devidamente evitada pelo uso do creme protetor. Evacuação e repleção aparecem indiretamente em propagandas de iogurte e fibras para funcionamento do intestino, e na recomendação de ingestão de água abundante. Salvo quando foi lançado o emagrecedor *Xenical*, que atua nos intestinos para a eliminação de gordura, esse assunto praticamente não aparece nas revistas. Em compensação, o embelezamento e os cuidados com a aparência estética foram incluídos entre os cuidados de saúde, principalmente pelo efeito psicológico de autoestima e autoconfiança que possam surgir.

Outra especificidade em relação às antigas dietéticas é a atual preocupação com o diagnóstico precoce e com os exames, enquanto provas legítimas da saúde. A *Dietética* atual é bem coercitiva, pois é possível medir objetivamente se a regra está sendo cumprida por meio de exames diagnósticos. Os números exprimem o retrato da conduta. Seja pelo IMC (índice de massa corporal) ou pelas taxas sanguíneas, os critérios são extremamente objetivos dentro da lógica formal. Para não falar das novas tecnologias que extraem imagens do cérebro em funcionamento. Os elementos revelados nos exames atestam a saúde no futuro, legítimos do ponto de vista jurídico (seguros, planos de saúde, contratação profissional, etc.) para identificar os indivíduos de risco (Cf. MITJAVILA, 2002). O corpo é lido como informação sobre a saúde; há um fetiche tecnológico em torno da monitoração dos dados pelos próprios usuários - aparelhos que registram pressão, batimento cardíaco, etc. -, durante os exercícios físicos. À máquina corporal é acrescentada a virtualidade informática, o corpo passa a ser também um sistema de alerta para a autovigilância (Cf. VIGARELLO, 2008b, p. 240).

O domínio dos desejos, proposto pelo receituário contemporâneo, assemelha-se mais à normatização das condutas, obrigando o indivíduo a responsabilizar-se pelos riscos e pela manutenção da própria saúde, por meio de regras de alimentação e cuidados corporais determinados por saberes científicos. Hoje, a comprovação factual dos exames implica a norma de autodomínio aferida pelos números. O autocuidado vem sendo referendado como comportamento “normal” em oposição ao comportamento de desvio que é não se cuidar, acusado objetivamente. Assim, o autocuidado poderia estar a caminho de também se inscrever na ordem da legalidade, para além da ordem da normalidade ou moralidade²³⁵.

²³⁵ É importante lembrar que a observação da obesidade como risco muito grave não é recente. Segundo Vigarello (2008b, p. 218-219), no final da década de 1940, pesquisas indicavam que entre os gordos havia três vezes mais mortes por diabetes, distúrbios cardíacos, problemas nos rins e fígado. Em 1910, as companhias americanas de seguros de vida aumentavam as tarifas à medida que os clientes se distanciavam da norma de peso, para 12 kg abaixo ou além de 23 kg acima do considerado aceitável. Todavia, a obesidade somente tornou-

O conjunto de regras alimentares e atividades físicas e mentais prescrito na contemporaneidade (ao menos no que é apresentado pelas mídias de informação) apoiam-se no prolongamento da vida (longevidade e saúde) como aparato ético. Não obstante, outros apelos éticos subjazem ao dever de autocuidado divulgado nas revistas. O autodomínio proposto oferece como benefício a liberdade de dirigir o próprio destino mediante o investimento em termos de disciplina. Outras vezes, o autocuidado é apresentado como dever moral “não apenas para seu bem, mas para não sobrecarregar sua família e toda a sociedade”. O importante é a autonomia na velhice, a dignidade de ser velho e conservar a mobilidade e a lucidez para, assim, não depender de ninguém no futuro. Essa, mais até do que a preocupação moral em sobrecarregar outrem, é mensagem subliminar das notícias sobre hábitos saudáveis. Principalmente até meados dos anos 2000, o alvo das notícias era o público de meia ou terceira idade. No final da década, com o grupo de risco prioritário devidamente educado, a pedagogia dos hábitos saudáveis incluiu as mães, no sentido de combater a obesidade infantil.

Certamente, o código ético presente no *ethos terapêutico* contemporâneo encontrado nas revistas, cuja preponderância no Brasil ainda está restrita a alguns segmentos sociais, enfatiza a saúde do corpo e da mente como valor prioritário, além de ressaltar o gerenciamento racional de si como meio mais eficiente de conduta para obter êxito na vida. Todavia, assim como em séculos anteriores, apesar das particularidades atuais, ainda permanece a ideia de que uma vida virtuosa pautada na temperança impede a doença, provocada por maus hábitos. Na concepção hoje vigente o bom comportamento diminuiria a chance de manifestação de aspectos hereditários e a carga biológica poderia ser dominada pelos hábitos corretos.

A dimensão mais cotidiana dos hábitos costuma revelar os códigos éticos e morais que prescrevem as maneiras de se conduzir. É isso que procuramos encontrar na análise do noticiário. As especificidades contemporâneas, entretanto, só podem ser compreendidas quando localizadas dentro de um processo antigo que culminou no estabelecimento das novas concepções de saúde e de subjetividades, conforme foi relatado no capítulo anterior. De outra perspectiva apresentada a seguir, a foucaultiana, além das motivações individuais haveria também uma ingerência governamental neoliberal dos Estados, das empresas, de diversos especialistas e das mídias, levando para a existência individual a proposta de um “novo ethos de responsabilidade” (GORDON, 1987, p.26) e um modelo de cidadão-empresa bastante sedutor para o atual momento econômico, social e político. A nova concepção de pessoa

se patologia a partir dos anos 1980, aproximadamente, quando as circunstâncias culturais permitiram a legitimação dessa ideia (Cf. VIGARELLO, 2008b, p. 218).

equivalente ao capital humano individual e objeto de autoempreendimento possibilita a dinâmica de poder de maneira eficaz, sendo, entretanto, entendida socialmente como não repressiva, em comparação com modelos disciplinares anteriores, e, por isso, um modo de governo preferível, melhor e mais avançado.

4.2. A saúde como governo dos corpos e das almas

A partir do séc. XIX, a saúde pública tornou-se área estratégica na gestão administrativa dos Estados e a corporação médica ganhou poder jurídico para legislar sobre os comportamentos, visando garantir a manutenção de forças produtivas saudáveis. A racionalização dos corpos e da saúde iniciada pelos puritanos aprofundou-se na mesma proporção em que crescia a industrialização, causando um processo disciplinador que adestrava cada gesto do ser humano, quase o transformando em máquina. Weber sugeriu o impacto da moral puritana sobre a racionalização prática do corpo e da saúde, ainda que de forma secularizada, ao apontar a similaridade entre a racionalização da vida sexual proposta pelos puritanos e aquela operada pelo racionalismo médico higienista do século XIX; ambas reivindicando com “pedantismo de especialista” a exclusiva competência para tratar uma questão absolutamente subjetiva, limitando o sexo à atividade desejável para a saúde (Cf. WEBER, 2004a, p.253). Esta seria uma das heranças deixadas pela religião ao pensamento médico moderno. Porém, é preciso reconhecer que o autor não chegou a se aprofundar nessa questão.

A relação entre capitalismo e saúde produtiva, no sentido de “administração dos corpos e gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 2007a, p. 154) foi analisada de maneira bastante instigante por Foucault (2007a). Segundo sua perspectiva, numa primeira etapa, a moral ascética religiosa, enquanto renúncia aos prazeres e inferiorização do corpo, foi central para o desenvolvimento do capitalismo. Mas, após o século XVIII, “o investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis” (FOUCAULT, 2007a, p. 154). A partir daí, o capitalismo exigiu métodos que adestrassem os corpos e maximizassem as forças físicas e as aptidões, sem, no entanto, “torná-las mais difíceis de sujeitar” (FOUCAULT, 2007a, p. 153). Utilizou para isso “poderes-saberes” - tais como economia, pedagogia, psicologia, medicina clínica e direito jurídico - que garantiram um domínio legítimo do Estado, fundamentado, sobretudo, no racismo, na eugenia e na administração da vida biológica da população, mas também apoiado no aperfeiçoamento dos

corpos e da saúde.

Para essa análise, Foucault introduziu os conceitos de *biopoder* e de *biopolítica*. O primeiro designa o poder sobre a vida²³⁶, que abarca: a) o disciplinamento da anatomia dos corpos - ou seja, o adestramento do corpo individual enquanto máquina, sua docilização e aumento de eficiência; b) a dominação dos Estados sobre a vida enquanto espécie, ou *biopolítica*. Esta se refere à regulação da vida da população (nascimento, mortalidade, saúde, longevidade) e aos mecanismos médicos-jurídicos de controle e intervenção com o objetivo de normalizar a sociedade. Para Foucault, o biopoder foi “indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 2007a, p. 153).

A quantificação da vida pela racionalidade científica foi parte de uma série de transformações que ocorreram entre o século XVIII e XIX. Dessa fase de desenvolvimento agrícola, prosperidade econômica, expansão demográfica, industrialização e urbanização, emergiu a noção de população como problema econômico, isto é, como conjunto de indivíduos a serem governados por meio de seu capital genético e saudável, o que colocava a vida biológica no centro dos mecanismos de poder estatal. Também nesse período, novos saberes sobre a vida humana foram organizados como conhecimentos científicos (demografia, estatística, medicina, psiquiatria), acompanhando a burocratização do Estado e as modificações políticas nas formas de exercer o poder e nas estratégias utilizadas para isso. Surgia a noção de corpo-espécie, que é, ao mesmo tempo, corpo individual, sujeitável a tecnologias biopolíticas. Já não se tratava de rejeitar o corpo pecaminoso como na moral religiosa, mas de administrar melhor suas potencialidades, extraindo-lhe melhor desempenho.

Assim como Weber, Foucault (2007a) identificou a objetivação do sexo em formulações racionais. Também observou que a medicina foi uma das grandes herdeiras do poder pastoral²³⁷. O corpo, por muito tempo governado pelo poder religioso que orientava

²³⁶ O biopoder seria o “poder de causar a vida e devolver à morte” que substituiria o poder do soberano de “causar a morte e deixar viver” (FOUCAULT, 2007a, p. 149). Recentemente, em abril de 2014, quando uma grávida foi obrigada por lei e contra a vontade a submeter-se a uma cesariana, o comentário de uma reportagem do jornal Folha de S. Paulo (2014) indicava o papel do biopoder na atualidade brasileira: “Mas a legislação penal coloca uma exceção à autonomia: quando se tratar de caso de iminente perigo de vida. Em outras palavras, a nossa legislação garante ao cidadão o direito à vida, mas não sobre a vida. Ele tem plena autonomia para viver, mas não para morrer”.

²³⁷ Poder pastoral é aquele que governa as almas, cuidando de todas e de cada uma individualmente, assegurando-se de que estão se conduzindo para a salvação. O poder pastoral sobre o corpo não é substituído pelo poder governamental, mas sim aprofundado, já que suas tecnologias são assimiladas por outras instâncias sociais laicas. “O pastorado, em suas formas modernas, estendeu-se em grande parte através do saber, das instituições e das práticas médicas. Pode-se dizer que a medicina foi uma das grandes potências hereditárias do

para a salvação da alma, passava a ser objeto de poder político do Estado, que assimilou as tecnologias religiosas, dando continuidade ao poder pastoral de modo secularizado (Cf. FOUCAULT, 1995, p. 237). O poder pastoral é totalizador e individualizador, não se dirige apenas à comunidade, mas a cada indivíduo em particular, implicando a capacidade de conhecer sua mente e sua alma para melhor conduzi-la. Esse poder pastoral é ampliado e estendido para as instituições civis apoiadoras do Estado – medicina, psiquiatria, família, escola. Como constatou Foucault:

Já não se trata mais de uma questão de dirigir o povo para a sua salvação no outro mundo, mas, antes, assegurá-la neste mundo. E, neste contexto, a palavra *salvação* tem diversos significados: saúde, bem-estar (isto é, riqueza suficiente, padrão de vida), segurança, proteção contra acidentes. Uma série de objetivos ‘mundanos’ surgiu dos objetivos religiosos da pastoral tradicional, e com mais facilidade, porque esta última, por várias razões, atribuiu-se alguns destes objetivos como acessório; temos apenas que pensar no papel da medicina e sua função de bem-estar assegurada, por muito tempo, pelas Igrejas católicas e protestantes (FOUCAULT, 1995, p. 238).

Contudo, Foucault vai além de Weber ao analisar o surgimento da ciência sexual e o modo como isso permitiu o controle político dos corpos individuais e do corpo social a partir do século XIX (Cf. FOUCAULT, 2007a). Na perspectiva foucaultiana, a principal estratégia de docilização dos corpos e de concretização do biopoder foi a regulação da sexualidade, mas não por um mecanismo de repressão²³⁸. Ao contrário, haveria no Ocidente uma incitação a falar sobre o sexo colocando-o em palavras. A tradição de exame de si, que configurou o dispositivo da confissão construído pelo cristianismo, resultou em relações entre saber e poder que, mais tarde, caracterizaram a racionalidade científica.

Foucault problematizou a relação entre corpo, subjetividade, poder²³⁹, saber e discurso no processo histórico de constituição da sexualidade ocidental. Notou que o aumento da frequência da confissão, antes anual, foi um dos mecanismos utilizados pela Contra Reforma para impor aos fiéis católicos um exame de si mesmos, referente aos desejos da carne, que era

pastorado”, dizia Foucault (2008b, p. 263).

²³⁸ Foucault se opõe à “hipótese repressiva” postulada pela psicanálise e seus seguidores, que asseguram haver uma repressão ao sexo no Ocidente, a ser corrigida por meio da linguagem, pelo falar sobre os desejos. Para ele, ao contrário, a restrição ao sexo e a investigação dos próprios desejos multiplicou o discurso acerca do assunto. Fez falar mais de sexo, estimulando-o. Para o autor, o poder não funciona apenas pela repressão ao desejo, há também mecanismos de poder que prometem a libertação, como é o caso da sexualidade, pois “poder e prazer não se anulam” (FOUCAULT, 2007a, p. 56).

²³⁹ É importante lembrar que, para Foucault (2007a), o poder não é algo adquirido por alguém ou por um grupo, não possui um centro e não é exercido de cima para baixo. É um jogo estratégico e dinâmico de correlação de forças em confronto, que está disseminado por toda a sociedade e que atravessa tanto as instituições quanto os indivíduos, em seus corpos e em seus processos de subjetivação. Na sua visão, o poder sempre suscita resistências, não existiria sem elas. Essa noção de poder é bem diferente da definição de Weber, para quem o poder é “a possibilidade de um homem ou de um grupo de homens realizar sua própria vontade numa ação comunal, mesmo contra a resistência de outros que participem da ação” (WEBER, 1973, p.61).

também um relato de si. O desejo colocado em discurso confessional era parte da antiga tradição ascética e monástica, que Weber caracterizou como extramundana. A revelação dos desejos ao sacerdote foi abolida pelos protestantes, para algumas denominações a autoinvestigação permanecia como modo de certificar-se da eleição. Segundo Foucault (2007a, p. 26), a confissão tornou-se regra para todos os católicos leigos a partir do século XVII, ainda que tenha sido aplicável somente às elites, uma vez que a maioria dos fiéis conseguia escapar dessa obrigação. Essa extensão da confissão teria contribuído para o desenvolvimento de uma peculiaridade ocidental moderna: o investigar-se, o dizer de si, a si mesmo e a outrem. Por influência da Igreja, surgia um imperativo tanto de “confessar os atos contrários à lei” quanto de “procurar fazer de seu desejo um discurso” (FOUCAULT, 2007a, p. 27).

Espontânea ou forçada, na visão de Foucault, a confissão adquiriu centralidade para a organização dos poderes religiosos e também civis (Cf. FOUCAULT, 2007a, p. 67), na medida em que foi incluída como técnica de produção da verdade em outros domínios (na criminologia, no direito, na medicina, na pedagogia e nas relações pessoais). Primeiramente vinculada à penitência, disseminou-se na forma de interrogatórios, consultas, autobiografias, literatura. Buscava-se, “no fundo de si mesmo, entre as palavras, uma verdade” (FOUCAULT, 2007a, p. 68). O indivíduo ocidental seria então marcado por essa característica de confidência de prazeres individuais, aos outros ou a si próprio. Esse prazer de saber sobre si está presente, por exemplo, nos inúmeros testes de autoexame que as revistas semanais propõem para o autoconhecimento do leitor.

Na passagem do século XVIII para o XIX, o discurso sobre o sexo passou a ser científico. Com o tempo, quase não se falava mais dos pecados da carne ou da salvação da alma, mas da encruzilhada biopolítica entre corpo, vida e sexualidade. Porém, manteve-se a articulação entre procedimentos de confissão e de produção de verdade²⁴⁰, mediante técnicas de investigação nos recônditos do próprio indivíduo, daquilo que nem ele próprio poderia enxergar, mas que poderia ser decifrado por meio dos exames, dos diagnósticos, da escuta clínica e das interpretações médicas e psiquiátricas acerca do que seria normal ou patológico. A identificação de comportamentos sexuais patológicos demandava intervenção terapêutica

²⁴⁰ Para Foucault, o discurso científico da sexualidade deslocou o erotismo do ato sexual para a demanda e produção de verdades acerca do sexo, entrelaçando saberes, poderes, prazeres, modos de subjetivação e práticas discursivas em uma “vontade de saber” sobre o indivíduo, inaugurando o “prazer da verdade do prazer” e o “prazer da análise”: “livros científicos, escritos e lidos, as consultas e os exames, a angústia de responder as questões e as delícias de se sentir interpretado, tantas narrativas feitas a si mesmo e aos outros” (FOUCAULT, 2007a, p. 81).

voltada para a normalização. Assim, a formulação da sexualidade em discurso científico substituiu uma verdade religiosa sobre o indivíduo por uma verdade médico-psiquiátrica. Ao mesmo tempo possibilitou uma “ciência do sujeito”:

(...) não é estranho quando se pensa na longa história da confissão cristã e judiciária, nos deslocamentos e transformações dessa forma de saber-poder, tão básica no Ocidente, que é a confissão: através de círculos cada vez mais fechados, o projeto de uma ciência do sujeito começou a gravitar em torno da questão do sexo. A causalidade do sujeito, o inconsciente do sujeito, a verdade do sujeito no outro que sabe, o saber, nele, daquilo que ele próprio ignora, tudo isso foi possível desenrolar-se no discurso do sexo (FOUCAULT, 2007a, p. 80).

Nesse período, a “vontade de saber” sobre o sexo descolou-se das instâncias religiosas e passou a ser distribuída entre medicina (sexo das mulheres), pedagogia (sexo das crianças) e demografia (regulação dos nascimentos e mortalidade), transformando-se em assunto de Estado sob a jurisdição de saberes médico-psiquiátricos. O que era julgado como “devassidão” dava lugar ao perfil psiquiátrico de “perversão”, que colocava a espécie em risco de degenerar-se biologicamente, comprometendo a saúde das gerações futuras. A administração demográfica dependia da organização do sexo, da reprodução e da saúde da população; tudo isso era parte de um projeto médico e político de preservação da descendência da espécie que operacionalizou um controle do corpo da população visando um saneamento social. A princípio a ortopedia normalizadora era direcionada para os estratos econômicos privilegiados e para a elite de dirigentes²⁴¹. Os principais objetos de intervenção eram a mulher histérica e o adolescente masturbador.

No decorrer do século XIX, a moralização dos costumes foi expandida para o operariado, primeiro como “instrumento de controle político e de regulação econômica” e depois como “controle judiciário e médico das perversões em nome da proteção geral da sociedade e da raça” (FOUCAULT, 2007a, p. 133), ocorrendo de múltiplas formas, em diferentes lugares. Foucault deixa claro que não havia uma única política sexual, nem havia a limitação da sexualidade das camadas populares. Em sua opinião, também não se tratava de restrição ascética ao sexo e ao prazer, mas de novas técnicas de maximização da vida, de “intensificação do corpo, de uma problematização da saúde e de suas condições de funcionamento” (FOUCAULT, 2007a, p. 134) no interior dos estratos burgueses.

Ao invés de uma repressão do sexo das classes a serem exploradas, tratou-se, primeiro, do corpo, do vigor, da longevidade, da progenitura e da descendência das classes que ‘dominavam’. Foi nelas que se estabeleceu, em primeira instância, o dispositivo de sexualidade como nova distribuição dos prazeres, dos discursos, das verdades e dos poderes.

²⁴¹ Foucault lembra que John Wesley, fundador do Metodismo, procurou levar o exame de si e a regulação do saber-poder sobre o corpo, a saúde e o sexo para as camadas populares, mas de uma forma simplificadora (Cf. FOUCAULT, 2007a, p. 131-132).

Deve-se suspeitar, nesse caso, de autoafirmação de uma classe e não de sujeição de outras: uma defesa, uma proteção, um reforço, uma exaltação, que mais tarde foram estendidos – à custa de diferentes transformações – aos outros, como meio de controle econômico e de sujeição política. (...) a classe que se tornava hegemônica no século XVIII se atribuiu um corpo para ser cuidado, protegido, cultivado, preservado de todos os perigos e de todos os contatos, isolado dos outros para que mantivesse seu valor diferencial; e isso outorgando-se, entre outros meios, uma tecnologia de sexo. (FOUCAULT, 2007a, p. 134-135).

Assim como a nobreza afirmava sua superioridade pelo sangue nobre, a burguesia assegurava sua distinção pela saúde do organismo e da descendência. Foucault chega a dizer que “o sangue da burguesia foi o seu próprio sexo” (FOUCAULT, 2007a, p. 136), mas, além disso, o principal objetivo era a “expansão infinita da força, do vigor, da saúde, da vida” (p. 137). O corpo da burguesia deveria representar fisicamente sua hegemonia e expansão, daí a proliferação, no final do século XVIII, de livros “sobre a higiene do corpo, a arte da longevidade, os métodos para ter filhos de boa saúde e para mantê-los em vida durante o maior tempo possível, os processos para melhorar a descendência humana” (p. 137). Isso indicaria, para Foucault, certo “racismo dinâmico” (p. 137), ainda que “embrionário”²⁴², relacionado ao foco no corpo e ao dispositivo do sexo, que demarcavam a diferença burguesa pelo “organismo são e a sexualidade sadia” (FOUCAULT, 2007a, p. 138), legitimando a subordinação política dos outros estratos por meio do discurso.

Instaurou-se um inquérito social sobre os desejos individuais pautado em definições médico-psiquiátricas de normalidade e patologia, que fez com que os indivíduos se investigassem com o objetivo de identificar uma verdade sobre si relacionada à sexualidade. Assim se deu também com o corpo de modo geral, ocorrendo a proliferação da busca de saber sobre o funcionamento corporal, bem como do exame de si visando à saúde individual e à saúde da espécie. Abria-se um novo questionamento: em vez de “serei eu um eleito?” ou “terei o reino dos céus?”, perguntava-se: “serei eu um degenerado?”. Essa secularização da moral representaria a passagem do governo pastoral religioso sobre os indivíduos e seus corpos para um modo de governo estatal que tinha por objetivos a preservação da espécie humana e da vida das populações, bem como o melhoramento das condições de saúde e de felicidade “para todos e para cada um” (Cf. FOUCAULT, 2006).

A moralidade sanitária contemporânea lembra muito a moral higienista do século XIX, embora as concepções do que seja organismo são e sexualidade sadia sejam bem diferentes. As perguntas que incomodam a consciência atual são: “serei saudável daqui a alguns anos?”,

²⁴² No limite, o discurso da degenerescência desembocou posteriormente na eugenia e no racismo de Estado (Cf. FOUCAULT, 2007a, p. 130). A Alemanha nazista teve intensa preocupação com a propaganda sobre cuidados corporais, higiene e hábitos saudáveis para o aperfeiçoamento da raça ariana.

“faço parte de grupos de risco?” ou “quanto tempo viverei?”. O indivíduo saudável é hoje aquele que apresenta sinais de saúde futura, que cuida do seu corpo e dos seus sentimentos. O dispositivo da sexualidade, por sua vez, foi deslocado por uma reversão estratégica (Cf. FOUCAULT, 2007a); a conquista do direito ao prazer após a contestação dos anos 1960 possibilitou a reafirmação do poder sobre os corpos pelo estímulo do desejo. O método de controle sobre os corpos deixa de ser disciplinar e repressivo para seduzir pelo oferecimento de gozo e autorrealização. O sexo atualmente é considerado essencial para a saúde, mas não deixou de ser objeto de intervenção especializada, de maneira que é a falta de sexo prazeroso que pode indicar uma patologia (depressão, por exemplo). Portanto, embora invertido, o controle social da sexualidade pelos saberes médicos e psiquiátricos continua atuante.

Preocupações com a obesidade e o sedentarismo, entretanto, atualizam as representações higienistas e produzem um automonitoramento contínuo em função da saúde futura. O exame de si é dirigido principalmente para a alimentação desbalanceada (gula), para a falta de atividades físicas (preguiça) e para os estados de desânimo. Com a aceitação da tese da interferência das emoções na saúde biológica, somada às novas explicações neurocientíficas para os comportamentos, a investigação dos próprios desejos faz-se às vezes pelo modo psicológico, às vezes pelo entendimento de como funciona o cérebro. Assim, passa a ser crucial para a vida saudável descobrir as próprias emoções, que fazem com que se deseje comer uma torta coberta de chantili, e também aquelas que desviam ou conduzem ao bom caminho da academia de ginástica.

Os termos *biopolítica* e *biopoder* foram usados por Foucault para abordar um contexto histórico-político muito específico; por isso, sua aplicação para as atuais “políticas saudáveis” mereceu ressalvas de alguns autores. Para Rabinow e Rose (2006, p.37), atualmente, o conceito de biopoder inclui:

(...) uma forma de discurso de verdade sobre os seres vivos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; modos de subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a estes discursos de verdade.

Essas características podem ser encontradas no noticiário de saúde e na retórica do estilo de vida saudável presente no *ethos terapêutico*. Apesar das diferenças de contextos históricos, inegavelmente, existe um tipo de biopolítica contemporânea que funciona por meio de novos mecanismos de autocontrole e que foi denominado *biossociabilidades*, por Paul Rabinow. O termo foi adotado por Ortega (2008, p. 30) para distinguir “novas formas de

sociabilidades surgidas da interação do capital com as biotecnologias e a medicina”, baseadas no “critério de saúde, performance corporal, doenças específicas, longevidade, prolongamento da juventude”. Assim, demarca-se uma nova etapa biopolítica, na qual a disciplina não é imposta externamente e os dispositivos disciplinares operam de forma a serem desejáveis pelo próprio indivíduo para obter saúde e felicidade. A autodisciplina e o autocontrole passaram a ser vistos como signos de liberdade individual para manter a longevidade, embora essa liberdade cada vez mais se resuma à livre opção de consumo entre bens e serviços.

4.3. Investindo no próprio capital humano

Diferentemente de Weber, Foucault pôde testemunhar o início das mutações políticas, econômicas e culturais que demandaram novas formas de governo de si e dos outros, sem o exercício disciplinar repressivo, impositivo e hierárquico das autoridades institucionais. Não tocou no assunto diretamente, mas em curso de 1979, abordava as tecnologias de poder do neoliberalismo americano que invadia a França (Cf. FOUCAULT, 2008a, p.297) com suas teorias do capital humano e indivíduo-empresa. A economia neoliberal americana explorava mais o fator trabalho do que a economia clássica, interessando-se prioritariamente pela análise dos comportamentos humanos e pela “programação estratégica” (FOUCAULT, 2008a, p.307) das atividades individuais, mesmo as de âmbito privado.

A teoria do capital humano foi praticamente “inventada” pela Escola de Chicago (Cf. LOPEZ-RUIZ, 2004, p. 38), que a propagou na forma como se entende hoje, na qual cada um deve agir de modo a investir continuamente no desenvolvimento de suas destrezas e competências. A definição de capital humano de Schultz²⁴³ diz respeito às habilidades individuais que capacitam para a produção de valor econômico e que podem ser desenvolvidas nas pessoas. Schultz modificou a formulação econômica sobre trabalho, nos anos 1950: com a noção de capital humano o consumo deixou de representar um custo ou gasto e passou a ser visto como investimento na própria pessoa (Cf. LOPEZ-RUIZ, 2004, p.32-33). A ação individual passou a ser avaliada pela rentabilidade que poderia gerar e pela capacidade de produzir benefícios financeiros ou psicológicos que seguissem a lógica econômica de investimento, retornando em lucratividade.

O conceito de capital humano permitiu traduzir a vida individual em termos de cálculo monetário. A força de trabalho, física e intelectual, é considerada “fonte de renda futura” para

²⁴³ A teoria do capital humano foi criada por Theodore Schultz nos anos 1950-1960, e retomada nos anos 1970 por Gary Becker e Jacob Mincer (Cf. FOUCAULT, 2008a, p. 304).

o trabalhador; por isso, é seu capital, composto por “fatores físicos e psicológicos que tornam uma pessoa capaz de ganhar este ou aquele salário” (FOUCAULT, 2008a, p.308). O capital humano é um conjunto de competências que são indissociáveis da pessoa que as possui. O valor monetário é colocado na capacidade do trabalhador utilizar as habilidades de que dispõe ou desenvolver novas competências. Nessa acepção, o trabalhador não é um objeto alienado da produção, ele é uma máquina economicamente ativa na produção de fluxos de renda. Análogo a uma máquina, porém, possui também um limite de durabilidade (que podemos chamar de longevidade) e está submetido à obsolescência com o envelhecimento. Assim, sua remuneração variará conforme sua capacidade produtiva no decorrer da vida (Cf. FOUCAULT, 2008a, p.309).

A economia neoliberal pressupõe indivíduos que mantenham relações de troca entre si como se fossem unidades-empresa, que atuem como “*homo oeconomicus*”, mas no sentido de confundirem suas próprias individualidades com um empreendimento, no qual seus comportamentos e maneiras de ser ou fazer são considerados em termos de utilidade (Cf. FOUCAULT, 2008a, p. 310). Diferentemente da perspectiva da economia clássica, o consumidor é aqui também um produtor da sua própria satisfação (p. 311). No neoliberalismo americano, segundo Foucault (2008a, p. 311), pode ser encontrada uma teoria do “*homo oeconomicus* empresário de si mesmo, sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor”. O neoliberalismo americano investiu saber psicológico na ideia de capital humano e generalizou a forma empresa para todas as áreas da vida privada e social. A racionalidade administrativa e econômica operante no mercado passou a ser um “princípio de inteligibilidade, de decifração das relações sociais e dos comportamentos individuais” (FOUCAULT, 2008a, p. 334). Tanto a ação política do Estado quanto a vida individual passaram a ser avaliadas em termos de eficiência econômica.

O capital humano é composto de “cuidados médicos e, de modo geral, de todas as atividades relativas à saúde dos indivíduos, que aparecem assim como elementos a partir dos quais o capital humano poderá primeiro ser melhorado, segundo ser conservado e utilizado pelo maior tempo possível”, dizia Foucault (2008a, p.316). O autoaperfeiçoamento e o autocuidado, descritos anteriormente, podem ser traduzidos como formas de otimização da vitalidade e investimento no capital humano. Em parte, esse capital advém de herança genética; outra grande parte, mais valorizada, é adquirida pela capacitação (Cf. FOUCAULT, 2008a, p.313). Mas, em ambos os casos, seu incremento demanda um montante financeiro considerável. A herança genética não é gratuita, como observou Foucault, pois certo

investimento em tempo e dinheiro é necessário para produzir “bons equipamentos genéticos”²⁴⁴, ou seja, aqueles com baixo risco de adoecimento, num grau que não é “nocivo nem para eles, nem para os seus, nem para a sociedade” (FOUCAULT, 2008a, p. 313).

Mesmo a descendência passou a ser problematizada de um novo modo, com a perspectiva de predisposição genética e a possibilidade de sua modificação ou potencialização pela maneira de viver. Para ter um filho com capital biológico elevado, explica Foucault, o progenitor precisa investir em seu próprio capital humano, não apenas na saúde do seu corpo físico, mas em termos de renda e condições econômicas que lhe possibilitem encontrar um parceiro sexual também com alto capital humano. Quanto ao capital humano adquirido, não é apenas uma questão de educação formal ou profissional - inclui o tempo de dedicação dos pais aos filhos, o tempo de investimento em afeto, o tempo e o custo de desenvolvimento de nível cultural dos pais²⁴⁵, etc. (Cf. FOUCAULT, 2008a, p. 315-316). A noção de capital humano possibilitou a mensuração do investimento de tempo e disposição psíquica (educação, afeto, dedicação, vigilância) que produz rentabilidade. O benefício psicológico é contabilizado em termos lucrativos. Para os pais que investem nos filhos, o retorno é uma renda psíquica em satisfação por verem que a educação oferecida foi bem sucedida e que uma herança em capital humano foi transmitida. Mas “fatores econômicos agem aqui, na medida em que pessoas que têm renda elevada são pessoas que detêm, como prova do caráter elevado de seus rendimentos, um capital humano elevado”, apontava Foucault (2008a, p. 335).

Assim, a vida da criança ou do adulto pode ser calculada em termos de investimento monetário efetivo. Por exemplo, uma reportagem de VEJA (13/02/2008)²⁴⁶ contabilizava os custos para sustentar um filho, do berço à faculdade. Um especialista informava que “cresceu o número de pais que buscam cultivar em seus filhos características como autocontrole, inteligência emocional e competitividade. Para isso, eles valorizam a prática de esportes diferenciados, como equitação, esqui, golfe, escalada e mergulho”. A formação educacional escolar é reforçada com aulas particulares, aprendizado de idiomas, esportes, terapias e outras

²⁴⁴ De forma visionária, Foucault dizia que “bons equipamentos genéticos vão se tornar uma coisa rara” (FOUCAULT, 2008a, p. 313) e por isso o risco genético entraria no cálculo econômico. De acordo com sua análise, a genética já não seria essencialmente eugênica ou racista, a discussão política sobre a genética no presente deveria passar, sobretudo, pela questão do aprimoramento do capital humano. Atualmente, a manipulação da vida no nível molecular configura um mercado de biocapital. A mudança na concepção de vida com a ascensão do conhecimento genético e molecular, que acompanhou o deslocamento da ciência gerencial para o investimento em capital humano, possibilitou, efetivamente, a negociação e mercantilização do material humano e a exploração econômica da vitalidade (Cf. ROSE, 2013).

²⁴⁵ A noção de capital humano abordada por Foucault parece-se aqui com o conceito de capital cultural desenvolvido por Bourdieu (2007), por depender bastante das aptidões adquiridas dos meios de socialização.

²⁴⁶ VEJA, 13/02/2008, seção Sociedade, *1,6 milhão de reais: esse é o custo de criação do seu filho, do nascimento até o fim da faculdade*. Disponível em: < http://veja.abril.com.br/130208/p_094.shtml >

atividades extracurriculares que somadas podem beirar 70% do orçamento das famílias de classe média alta, conforme a reportagem. O interesse desses pais não é só a formação intelectual da prole, é também o preparo emocional para desenvolver capital humano e espírito de liderança.

O exercício biopolítico sofreu deslocamentos em relação ao seu funcionamento no século XIX. A versão de biopolítica que parece estar se desenhando no início do século XXI não é exatamente inédita²⁴⁷, porém tem suas particularidades, comuns também ao *ethos terapêutico* referido anteriormente, como a exacerbação da lógica da vitalidade e a ênfase na vida como um fim por ela mesma, em vez do controle da mortalidade (Cf. ROSE, 2013). Trabalha-se com a categoria de otimização e prevenção, de intervenção presente para dominar a saúde futura, e com a percepção de um “crescimento qualitativo em nossas capacidades de manipular nossa vitalidade, nosso desenvolvimento, nosso metabolismo, nossos órgãos e nossos cérebros” (ROSE, 2013, p.17). Pressupõe-se um estado biológico ideal e perfeito que pode ser atingido pela vida individual e coletiva.

Outro tema predominante na “biopolítica contemporânea”²⁴⁸, segundo Rose (2013), é a administração das subjetividades para capacitar “cidadãos biológicos”, com direitos e deveres em relação a sua doença e a sua própria vida. Como apontou esse autor, embora desde sempre tenha havido uma modulação social dos sentimentos e emoções, a diferença contemporânea do governo das populações está na incorporação das “capacidades pessoais e subjetivas dos cidadãos aos objetivos e aspirações dos poderes públicos” e privados (Cf. ROSE, 1999, p. 31). A “alma do cidadão” (ROSE, 1999, p. 31) ingressou no discurso político e empresarial, a subjetividade tornou-se um fator importante para a produção. Não se trata de governar diretamente os corpos, como na organização do capitalismo taylorista e fordista; atualmente, a interioridade do indivíduo é ainda mais importante que o corpo porque pode produzir autodisciplina e autoadministração da própria vitalidade (Cf. GAULEJAC, 2007).

²⁴⁷ O neohigienismo invadiu a Europa e os EUA durante a Segunda Guerra, instaurando a preocupação com a prevenção do adoecimento por meio de hábitos cotidianos. Na biopolítica da primeira metade do século XX, conforme Rose (2013, p. 42), tanto nas formas eugênicas quanto nas assistencialistas, a saúde do corpo era um valor primordial - do corpo individual do cidadão e do corpo coletivo da nação. Nos EUA e na Europa havia projetos de educação para a saúde com o objetivo de instruir “os cidadãos no cuidado de seus corpos - da merenda escolar ao uso de escova de dente”, inculcando hábitos de limpeza e de “prudência biológica”. O cidadão adquiria direitos sociais, mas também tinha deveres de cuidar do próprio corpo “para seu próprio bem, de suas famílias, de sua própria linhagem e da nação como um todo” (ROSE, 2013, p. 42).

²⁴⁸ Cinco direções da “biopolítica contemporânea” são apontadas por Rose (2013, p. 19-20): molecularização, otimização, subjetivação, experiência somática e economias de vitalidade.

O novo tipo de governo²⁴⁹ contemporâneo requer ação exercida sobre “as escolhas, os desejos e as condutas de uma forma indireta” (ROSE, 1999, p. 42). Os afetos, desejos e emoções passaram a ser objeto de cálculo e planejamento para efeito de administração das populações, seja no plano do Estado-nação, seja no plano empresarial. As organizações corporativas, aliás, foram as primeiras que se engajaram na maximização das habilidades emocionais dos funcionários (as chamadas *competências emocionais*), muito antes do Estado, que apenas reproduziu o modelo de gerência empresarial. O saber psicológico forneceu as tecnologias para isso. Uma vez que a produtividade do sistema capitalista flexível é obtida pela motivação e realização pessoal do trabalhador, a administração das subjetividades e das intersubjetividades pelo modo psicológico tornou-se fundamental para a vida organizacional (Cf. ANDRADE, 2011; GAULEJAC, 2007).

As individualidades passaram a ser consideradas em suas experiências subjetivas e “somáticas”. Além de o corpo biológico continuar sendo objeto do poder biopolítico do Estado, como no século XIX, no sentido de maximização da vitalidade e administração demográfica - nascimento, mortalidade e manutenção da saúde da população -, a ciência gerencial tomou a dianteira na preparação da força de trabalho para a *gestão de si*, auxiliada pelo saber psicológico e por uma série de especialistas da alma e do corpo. A subjetividade do trabalhador passou a ser entendida e regulamentada como fator de sucesso da empresa. Não é necessário subjugar-lá; ela é respeitada e utilizada de acordo com os interesses empresariais (Cf. ROSE, 1989; BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009; EHRENBURG, 2010a; ANDRADE, 2011; GAULEJAC, 2007). Os novos procedimentos de administração de recursos humanos argumentam que a “humanização” do trabalho e a “qualidade de vida” podem levar o trabalhador a produzir mais e melhor, desde que seus desejos, aspirações e necessidades individuais sejam conciliados aos objetivos da organização. Esse é o sentido do investimento em capital humano por parte das empresas. Assim, o crescimento pessoal e o crescimento corporativo são apresentados como não excludentes, eles se estimulam mutuamente.

De acordo com Rose (1989; 2011), as teorias motivacionais de recursos humanos ensinam para líderes, coordenadores e educadores como cuidar da subjetividade dos subordinados. Alunos, soldados e funcionários devem ser preparados psiquicamente segundo uma ciência gerencial que procure conhecer a personalidade e a capacidade de cada um para garantir a harmonia da equipe e aumentar a produtividade. Os novos modelos administrativos

²⁴⁹ Rose (1999, p. 35) fala de governo como “forma de buscar a realização de fins sociais e políticos através da ação de uma maneira calculada, sobre as forças, atividades e relações dos indivíduos que constituem uma população”.

são apresentados como mais flexíveis, porém não deixam de assemelhar-se ao tipo de poder pastoral religioso. A subjetividade do indivíduo ficou, ademais, refém do discurso da gestão e de uma série de engenheiros da alma que estimulam o autoexame, o automonitoramento e o autodomínio para maximizar os potenciais individuais e da população em geral (Cf. ROSE, 2011, 2013). Pretende-se produzir consumidores “livres para escolher” e produtores de si próprios, além de socorrer os que não conseguem administrar-se.

Vários grupos profissionais colaboram para diagnosticar problemas e prescrever tratamentos (Cf. ROSE, 1989): médicos, psicólogos, terapeutas, educadores, assistentes sociais, nutricionistas, gerenciadores e conselheiros com orientações variadas, reivindicam legitimidade social para sua visão sobre os aspectos físicos e psíquicos, e autoridade para aconselhar ou conduzir os comportamentos individuais. A importância dos especialistas, os “novos pastores da alma” (Cf. ROSE, 2013), está na construção de uma objetividade técnica para os fatores subjetivos, e na elaboração de programas e tecnologias para a *gestão de si* que operam pela autorregulação dos indivíduos. A plausibilidade científica dá concretude à existência de um *Eu* e confere caráter de verdade para uma subjetividade que seria passível de gestão racional, planejada e técnica, por meio de ação instrumental voltada para o cálculo de si.

As relações sociais e o convívio entre as pessoas, na vida pública e privada, são intermediados pela linguagem psicológica (Cf. ROSE, 1989), enquanto as justificativas teóricas se fundamentam nas descobertas neurológicas acerca das relações entre os comportamentos e o funcionamento cerebral (Cf. ROSE, 2013; EHRENBERG, 2009). A inclusão dos aspectos emocionais e subjetivos entre as causas de adoecimento fez do automonitoramento emocional uma necessidade e demandou imenso interesse do indivíduo por si próprio. A penetração da psicologia em todas as áreas humanas contribuiu para a responsabilização individual pelo sucesso ou fracasso, pela “boa” saúde ou pela doença. Na esfera da saúde, a medicina psicossomática reiterou esse postulado.

Paralelamente às mudanças nas teorias de administração empresarial, a recente patologização das emoções abriu caminho para que o autoaperfeiçoamento da personalidade e a *gestão de si* se tornassem questões de saúde mental. As novas formas de agir e pensar cobradas pela cultura corporativa e pelas políticas populacionais de saúde mental potencialmente podem afetar crenças, aspirações e procedimentos éticos escolhidos por cada indivíduo (Cf. ROSE, 1989, 2011). Até mesmo a ideia que um indivíduo faz de si próprio pode ser alterada diante da enxurrada de informações de especialistas sobre como ser normal

e saudável.

Através da autorrecuperação da terapia, de técnicas de alteração do corpo e da remodelagem calculada da fala e da emoção, ajustamo-nos por meio das técnicas propostas pelos *experts* da alma. O governo da alma depende de nos reconhecermos como, ideal e potencialmente, certo tipo de pessoa, do desconforto gerado por um julgamento normativo sobre a distância entre aquilo que somos e aquilo que podemos nos tornar e do incitamento oferecido para superar essa discrepância, desde que sigamos o conselho dos *experts* na administração do eu (ROSE, 1999, p.44).

Os conhecimentos “psi” (ROSE, 1989, p. VII) - psicologia, psiquiatria, psicanálise - modificaram a maneira de o indivíduo pensar sobre si mesmo e agir no mundo a partir da ideia de um *Eu* com subjetividade própria, independente da condição histórica e social. Essa noção de indivíduo foi uma construção do século XIX, consolidada no século XX. A partir dela, a narrativa de vida passou a ser enviesada pela psicologia. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, valores de “autonomia e autorrealização”, “essencialmente psicológicos” (ROSE, 1989, p. VIII), passaram a definir o que é ser humano, o que é liberdade, e estabeleceram a obrigação de ser livre dentro desses princípios. A subjetividade passou a ser moldada por um autoescrutínio psicológico, que colaborou para a administração dos indivíduos dentro das instituições (exército, escolas, hospitais, fábricas, etc.) e para um governo exercido sem autoridade externa. Os saberes *psi* tornaram-se bastante adequados para a forma neoliberal de governo democrático, oferecendo liberdade individual, autonomia e autorrealização, em troca de automonitoramento e autoaperfeiçoamento da personalidade. Porém, as definições psicológicas de liberdade e do que é ser humano criaram o dever de construir um significado para a vida “como se fosse o resultado de escolhas individuais feitas em adiantamento de um projeto biográfico de autorrealização” (ROSE, 1989, p. IX).

Percebe-se uma forte mudança ética que apoia o capitalismo de consumo com valores individualistas. Mudaram as atitudes valorizadas como virtudes. Já não é antiético preocupar-se consigo; muito ao contrário, é sinal de autonomia e responsabilidade que valorizam o indivíduo. Os que se cuidam e os que estão sempre procurando melhorar são vistos como mais empreendedores, por isso possuem mais valor enquanto pessoas. A noção de dever ético para com o coletivo perdeu a força, sendo substituída pelo julgamento individual da própria “consciência”, preferencialmente baseado em sentimentos, visando atender aos interesses pessoais. O dever é autoajudar-se. Não há mais um compromisso com os outros que implique o próprio sacrifício ou estimule a fraternidade, a solidariedade, a reciprocidade (Cf. ROSE, 1989, p. XXIV). Pensar primeiramente em si deixa de ser considerada atitude egoísta à medida que o dever maior passa a ser a autoconstrução de um indivíduo ideal, que reflita

sobre si mesmo e que seja capaz de buscar felicidade e sucesso ainda que em circunstâncias desfavoráveis.

O consumo hoje é mais virtuoso que a acumulação, vista como avareza. Consumo não só de mercadorias, mas também de informações e vivências para aprender a ser feliz e bem-sucedido. Numa época em que as fronteiras entre trabalho e vida privada se esmaeceram, a profissão exercida por prazer passa a ser meta de sucesso e autorrealização pessoal. Acessível a poucos, convém assinalar. O sucesso já não se restringe ao âmbito financeiro e ao reconhecimento público, mas depende do bem-estar psicológico que se possa obter no trabalho e no lazer. Também não se trata de rejeição ao gozo dos sentidos, já que, muito ao contrário, esse gozo hoje se tornou um dever. Apesar da promessa de maior longevidade, o tempo de vida é considerado curto e deve-se vivê-lo prazerosamente. A concepção de “tempo real”, possibilitada pela revolução informática, encurtou os prazos e o tempo tornou-se raridade. O tempo não pode ser acumulado, mas pode ser economizado e pode funcionar como investimento, se gerenciado de modo a aproveitar cada momento como um retorno lucrativo, senão para ganhar dinheiro, para obter mais acesso à informação ou à autorrealização (Cf. BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 190). Assim, o tempo necessário para a dedicação à *gestão de si*, ao autocuidado e ao autoaperfeiçoamento tornaram-se fatores distintivos devido a sua escassez.

Os executivos das transnacionais, por exemplo, não pensam mais em trabalho como dever, mas em termos de investimento em si próprios e na própria carreira, para garantir a empregabilidade ou adquirir mais rentabilidade no futuro (Cf. LOPEZ-RUIZ, 2004). Se o próprio indivíduo é sua riqueza, não apenas convém economicamente incrementar o seu capital humano, como isso é considerado “moralmente bom” (LOPEZ-RUIZ, 2004, p. 38). Aliás, hoje em dia, chega a ser condenada a postura de alguém que não busca aprimorar seus conhecimentos técnicos, suas habilidades pessoais, sua saúde, sua beleza, sua forma corporal. Também são consideradas moralmente negativas atitudes que indiquem a falta de gerenciamento da própria vida prática, causando a dependência de outros, como os hábitos que fazem mal à saúde²⁵⁰. Um indivíduo que não se baste ou que não pareça feliz é considerado um estorvo. “Fazer alguma coisa, mexer-se, mudar são coisas valorizadas em relação à estabilidade, frequentemente considerada como sinônimo de inação”, observaram Boltanski e Chiapello (2009, p. 193).

²⁵⁰ Exemplos disso são a obesidade e a depressão, rejeitadas na medida em que vão contra o culto do desempenho estabelecido pela cultura corporativa (Cf. GOMES, 2008). Tanto o gordo quanto o deprimido são considerados lerdos e possuindo pouca mobilidade.

A maximização do capital humano parece envolver o dever de autoaperfeiçoamento por meio da conduta para conquistar felicidade e o dever de autorrealização pelo sucesso na trajetória profissional. Todavia, o trabalho não é um fim como na ética puritana, mas um investimento para a autorrealização, essa sim o objetivo principal.

O emprego tornou-se entendido como um elemento essencial no indivíduo psicológico - saúde, família estabilidade e tranquilidade social. O trabalho agora é visto como um imperativo tanto psicológico como econômico. (...) Nos novos desenvolvimentos no pensamento de gestão, o trabalho não é mais uma obrigação imposta aos indivíduos, nem uma única atividade realizada por razões instrumentais. O trabalho em si é um meio de autopreenchimento, e o caminho para o lucro da empresa é também o caminho para a atualização do próprio indivíduo (ROSE, 1989, p. XXIX)²⁵¹.

Na nova cultura corporativa de incentivo à maximização do capital humano que emergiu após os anos 1970, os indivíduos produzem-se no trabalho (Cf. ROSE, 1989, p. 116). A oposição entre as motivações do trabalhador e da organização desaparece, assim como a fronteira entre o econômico e o psicológico, porque o estímulo para a racionalização da vida como empresa dentro e fora do mundo do trabalho é a autorrealização pessoal. Nas teorias psicológicas utilizadas na administração empresarial, o trabalho já não restringiria a liberdade individual; ao contrário, estimularia a autonomia, a criatividade e a responsabilidade, além de satisfazer as necessidades sociais dos indivíduos (Cf. ROSE, 1989, p. 119).

Essas novas tecnologias *psi* inseridas no aparelho estatal e na administração das empresas pretendem trabalhar as potencialidades humanas conforme uma “cosmovisão terapêutica” - “universal e banal”, na opinião de Castel (1987, p. 140) - que reduz a historicidade e a contradição social ao mínimo. A principal ideia é que o ser humano só utiliza 20% do seu potencial, sobretudo de sua capacidade intelectual e mental, sendo infinitamente inacabado:

As novas terapias testemunham assim o fato de que é possível instrumentalizar a subjetividade e a intersubjetividade por intervenções exteriores. Elas promovem uma visão de homem pela qual se concebe ele mesmo como um possuidor de uma espécie de capital (seu “potencial”), que gere para dele extrair uma mais-valia de gozo e capacidade relacionais. Há em suma indivíduos subdesenvolvidos e em via de desenvolvimento, como os tecnocratas dizem dos países do terceiro mundo. E, para se desenvolver, é preciso, literalmente, investir e trabalhar, fazer frutificar seu potencial humano. Concepção perfeitamente pragmática de pessoa. Composto estranho de rosseaunismo sonhador que ressalta a espontaneidade e pretende lutar contra as alienações e os constrangimentos em

²⁵¹ “Work is now seen as an imperative as much psychological as economic. It is not merely that productivity is hampered by pathological psychological characteristics of the worker, or the misallocation of square pegs to round holes. It is also that the yield of the enterprise in terms of productivity, profit and satisfaction can be enhanced by the judicious adjustment of the temporal, spatial and interpersonal relations of the workplace according to a knowledge of the subjectivity of the worker. In the new developments in management thought, work is no longer an obligation imposed upon individuals, nor an activity only undertaken for instrumental reasons. Work itself is a means of self-fulfilment, and the pathway to company profit is also the pathway to individual self-actualization”.

nome da transparência dos indivíduos e de uma procura infinita da receita técnica, indispensável para bem conduzir essa tarefa. Tornar-se livre aplicando um programa, construir a espontaneidade a golpes de tecnologia (CASTEL, 1987, p.146).

As novas tecnologias de “governo da alma” nas empresas não funcionam pela opressão da subjetividade; antes, procuram alinhar objetivos institucionais com prazeres e desejos individuais, com felicidade e autorrealização, mantendo o objetivo de lucro e controle (Cf. ROSE, 1989; BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009; ANDRADE, 2012). O indivíduo fica comprometido com sua própria perfeição técnica e pessoal e interpreta sucesso, fracasso, felicidade, riqueza, realização como consequências de sua capacidade de *gestão de si* (Cf. ROSE, 1989, p. 243).

O *Eu* deve ser remodelado em nome de uma nova imagem psicológica do homem. A experiência da subjetividade produtiva usava todas as técnicas de si que foram sendo inventadas dentro da cultura terapêutica da década de 1960. Estes dispositivos não eram tanto para os males de cura como para gerenciar a si mesmo, a felicidade e realização, através de técnicas de autoinspeção, através do ajuste da autoimagem, por meio da remodelação dos modos de autoapresentação e comportamentos. Estas novas técnicas afirmaram a autoridade da ciência, pois eram apoiadas por teorias psicológicas elaboradas e conduzidas por técnicos qualificados do *Eu*. Elas responderam à lógica da rentabilidade, pois prometeram melhorar tanto o desempenho pessoal como o da empresa. Ressoaram com imagens culturais de individualidade autônoma e automotivada, evitando, portanto, o estigma associado às técnicas da psicanálise. E eram atraentes para os indivíduos envolvidos, pois prometiam um *Eu* melhor. (ROSE, 1989, p. 117)²⁵².

Nas diversas psicoterapias pós-psicanalíticas surgidas dos anos 1960, afirma-se a necessidade individual de autoaperfeiçoar-se, de trabalhar sobre si mesmo para melhorar a qualidade de vida, conquistar autonomia, aprimorar as potencialidades. A atitude empreendedora é vista como libertadora. Ao contrário, os não realizados - aqueles mal resolvidos que não conseguem ser criativos e espontâneos (ou seja, a maioria das pessoas) - estariam “doentes da vontade” (ILLOUZ, 2008, p.171). Por contraste, definia-se um “*Eu* doentio” (ILLOUZ, 2008) e fraco que necessita de correção, pois é incapaz de monitorar a si mesmo e suas ações, colaborando para um julgamento moralista dos comportamentos. Essas imagens psicológicas foram também promovidas pelas mídias, pela publicidade, pelos

²⁵² “The expertise of productive subjectivity used all the techniques of the self that were being invented within the therapeutic culture of the 1960s. These devices were not so much for curing ills as for managing one's self to happiness and fulfilment through techniques of self-inspection, through adjustment of self-images, through the remodelling of modes of self presentation by restyling behaviour, speech, and vocabulary, through learning new ways of construing situations and persons, indexed by such terms as awareness and sensitivity and involving a new vocabulary of the emotions. These new techniques claimed the authority of science, for they were backed by elaborated psychological theories and conducted by qualified technicians of the self. They answered to the logic of profitability, for they promised to improve both personal and company performance. They chimed with cultural images of autonomous and self-motivated individuality, hence avoiding the stigma attached to such techniques as psychoanalysis. And they were attractive to the individuals concerned, for they promised them a better self”.

especialistas em administração empresarial e em saúde mental, fornecendo modelos para reformulação de si, de modo a conseguir emitir “sinais de um desempenho qualificado” (ROSE, 1989, p. 243).

A partir dos anos 1990, as áreas de recursos humanos assumiram a função pedagógica de formar funcionários adequados às novas exigências de *gestão de si*. Novas qualidades psicológicas, subjetivas e interacionais tornaram-se critérios de empregabilidade. As novas competências estão ligadas à expressão corporal e emocional - postura, voz, gestos, aparência – e à manifestação de simpatia e cordialidade que fortaleça relações comerciais. Essa demanda empresarial contribui para gerar automonitoramento permanente e impor um trabalho dos indivíduos sobre o corpo e as emoções, para adequação às novas circunstâncias e garantia de emprego. Entre outros motivos, disso derivaria o crescimento de setores ligados à produção da imagem corporal (moda, saúde, dietética, cosmética) e também da “indústria de desenvolvimento pessoal” (Cf. BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2009, p. 192). A responsabilidade individual e a autonomia, para além de desejáveis, tornaram-se imperativos para dar provas do valor da pessoa, sobretudo provas de não ser um acomodado com a própria existência.

Também para Ehrenberg (2010a), a pungente aspiração à autonomia da contestação dos anos 1960 levou, posteriormente, a um “poderoso investimento imaginário na forma empreendedora” e na racionalidade empresarial; empreender deixou de significar exploração em benefício do capital e passou a ser visto como solução justa para lidar com a desigualdade social: “à autonomia pensada como resistência sucede a autonomia pensada como integração”, dizia o autor (EHENBERG, 2010a, p. 116). A liberdade de gerir-se e de construir a própria individualidade deixa de ser uma escolha e torna-se uma norma. Isso cria uma situação de ansiedade, na qual a exigência social transforma a autonomia em um fardo e generaliza a depressão, de acordo com Ehrenberg (2010a, p. 132), para quem o indivíduo medicalizado por drogas psíquicas é efeito colateral da transformação do indivíduo em empresa. As pílulas da felicidade reintroduzem “o bem-estar em um estilo de vida em que a tomada do risco, a prioridade da singularidade individual, o autocontrole definem as normas da conduta de cada um” (EHENBERG, 2010a, p. 139).

O aumento do consumo de drogas psíquicas, bem como do alcoolismo e da toxicomania, na análise de Ehrenberg (2010a, 2010b), é um jeito de livrar-se do peso da liberdade e da autonomia, e principalmente de manter as condições emocionais para enfrentar a concorrência. Os medicamentos funcionam como uma espécie de “autoassistência”; eles

multiplicam a resistência física e psicológica para o funcionamento ilimitado do indivíduo (Cf. EHRENBURG, 2010a, p. 155) num sistema que cobra excelência extrema. Predominariam os estimulantes, segundo o autor - as “drogas de integração social e relacional” -, que permitem que as pessoas se mantenham totalmente socializadas embora dopadas, mas também os tranquilizantes para dormir e para dominar situações de pressão. A autonomia acaba esvaziada pelo artificialismo dos medicamentos, camuflado, por sua vez, pela imagem de dinamismo e autocontrole emocional que os fármacos oferecem (Cf. EHRENBURG, 2010a, p. 143).

As inovações organizacionais geraram novas ansiedades e temores - de fracasso, de inutilidade, de dependência, de não atender à expectativa de autonomia. Diante da insegurança causada pela instabilidade econômica, pelo aumento do desemprego e predomínio de trabalhos informais, manter-se saudável, adquirir habilidades e adequar-se aos requisitos impostos pelo mercado profissional passou a ser questão de sobrevivência. O abalo psíquico não foi pequeno, conforme demonstram notórias estatísticas de saúde mental.

Assim, podem ser apontadas contradições importantes entre a *gestão de si* e a conduta saudável, uma vez que a imposição social de autodomínio acaba por causar situações de insalubridade psíquica que podem levar ao adoecimento. O aumento de cobrança social por autonomia e responsabilidade foi acompanhado proporcionalmente pelo crescimento do número de indivíduos com problemas hoje considerados da ordem da saúde mental - estresse, ansiedade, depressão, fobias, alcoolismo, distúrbios do sono, etc. A interferência dá-se principalmente no plano psíquico para que este opere sobre o corpo, que, todavia, não é isento de disciplinamento. O estímulo à autodisciplina corporal faz parte das atuais políticas empresariais; muitas empresas implantam centros de ginástica no local de trabalho ou programas de ioga, meditação, ginástica laboral e outros, com o intuito de reduzir o estresse, aumentar a produtividade e evitar as faltas por distúrbios psicossomáticos.

Como consequência, para não serem consideradas gestoras irresponsáveis de si, algumas pessoas aderem ao estilo de vida saudável e dedicam-se a atividades não sedentárias no tempo livre. Outras recorrem à literatura de autoajuda para aprender a gerenciar-se, ou buscam programas de bem-estar que trabalhem o corpo e acalmem a mente, na tentativa de conservar a sanidade. Muitos, no entanto, preferem utilizar drogas psíquicas que lhes possibilitem dar provas constantes de competência, a despeito dos efeitos iatrogênicos²⁵³ que possam causar. Poucos arriscarão terapias mais longas. Afinal, embora tanto a *gestão de si*

²⁵³ Iatrogênico é relativo aos efeitos colaterais produzidos por tratamentos médicos.

quanto a busca de saúde e bem-estar sejam imperativos do mundo contemporâneo, o tempo que lhes pode ser dedicado é escasso e o custo desses tratamentos é alto.

Diante desse quadro, a administração das próprias emoções passa a ser uma prioridade em vários aspectos, não somente como requisito para a atuação na vida profissional, mas adquirindo importância enquanto questão de saúde. Ou melhor, de bem-estar. Não por acaso, a concepção de saúde transformou-se nas últimas décadas, passando a abranger o bem-estar psíquico. Se a alta pressão psicológica da economia teve como resultado o aumento de distúrbios psíquicos, certamente houve também aumento de diagnóstico e de veiculação de informação sobre esses assuntos; hoje as pessoas manifestam esses problemas de maneira mais aberta, o que pode simular o crescimento dos casos. Todavia, não se pode negar que o processo de *individualização* - de transferência de responsabilidades sociais para os indivíduos - sobrecarregou a capacidade psíquica de grande parte das pessoas e passou a interferir no estado de saúde, no estado de ânimo e na produtividade. Isso não passou despercebido das empresas, que descobriram ser um bom negócio investir na saúde física e mental dos funcionários. Saúde e bem-estar tornaram-se, então, problemas econômicos de peso, sobretudo com o envelhecimento das populações.

4.4. O cérebro é o espírito: a ascensão das neurociências e a medicalização da alma

Acompanhando o desenvolvimento do *ethos terapêutico*, na segunda metade do século XX, nos países ricos, o saber psicológico estabeleceu-se como modo de interpretação dos sentimentos, dos comportamentos, das relações sociais e das causas do adoecimento. A linguagem psicológica ainda é amplamente utilizada, embora no século XXI venha se ancorando nos novos argumentos neurocientíficos, assimilados nas mais diversas áreas.

Segundo alguns autores, desde a década de 1990, o indivíduo psicológico que a psicanálise ajudou a delinear, aquele que examina a si mesmo e se relaciona com outros com base nas premissas neuróticas freudianas, vem sendo substituído pelo indivíduo neuroquímico, cujos transtornos estão localizados no cérebro (Cf. ORTEGA, 2009b; ROSE, 2011, 2013; EHRENBURG, 2010b). A psiquiatria, por sua vez, encontrou na aliança com as neurociências um modo de revitalizar sua força, diminuída primeiramente pela psicanálise e depois pelas terapias alternativas. As indústrias farmacêuticas foram as principais incentivadoras e beneficiárias dos estudos neuroquímicos e da nova concepção denominada “sujeito cerebral” por Ehrenberg (2009), na qual o indivíduo é reduzido ao âmbito biológico e

todas as ações são atribuídas ao cérebro.

O fato de ser considerada biológica não significa que a individualidade seja imutável, muito ao contrário, quer dizer que está aberta a intervenções neuroquímicas e a estímulos psicológicos, do meio exterior e do mundo interior com poder para direcionar o cérebro pela sugestão. A plasticidade do corpo e do cérebro é pressuposta em diversas práticas recomendadas. O ser humano pode e deve extrapolar os próprios limites corporais e mentais e aumentar infinitamente o seu desempenho. Isso envolve autoaperfeiçoamento, prevenção para a saúde futura, desenvolvimento de competências psicológicas e relacionais, manutenção da calma e do equilíbrio mental.

Essa ideia de “sujeito cerebral” foi introduzida nas revistas de atualidades brasileiras desde o final dos anos 1990, embora não seja uma visão hegemônica no país e conviva com outras interpretações, como a de um *Eu* psicológico para as camadas mais abastadas financeiramente ou intelectualmente, e até de um *Eu* religioso, para muitos brasileiros. Aliás, as abordagens estritamente psicológicas sobre as condutas individuais e as relações sociais não tiveram grande expressividade nas principais revistas brasileiras de atualidades antes de 1993, quando ISTOÉ mudou suas diretrizes. Ainda assim, no final da década de 1990, as teorias neurocientíficas já estavam presentes como principal explicação para as atitudes humanas, mesmo que acompanhadas da psicologia para o direcionamento prático das atitudes. Os sujeitos provavelmente não se veem apenas como um cérebro; são as revistas que trazem a ideia de que a mente é o cérebro, de que você é seu cérebro. Se todas as atitudes, sentimentos e emoções individuais advêm do comando cerebral, então o cérebro deve ser comandado, essa é a mensagem das notícias. Seja por meio de medicamentos ou práticas mentais, o importante é manter-se autocontrolado.

No século XXI, é predominante a alusão ao cérebro, não apenas em notícias sobre emoções, decisões, sexualidade e espiritualidade, mas também em notícias sobre alimentação e atividades físicas. Além disso, são comuns reportagens com recomendações de “ginástica cerebral” ou “malhação cerebral”, termos emprestados do *fitness* e utilizados pelas revistas para a maximização da inteligência, concentração, memorização, desempenho e para a proteção das doenças degenerativas (Alzheimer, Parkinson, senilidade). Essas práticas estão envolvidos no que Ortega (2009a, p. 622) denominou “neuroascese” ou “autoajuda cerebral”. Incluímos aqui a meditação, principal prática neuroascética citada pelas revistas, pelos benefícios que proporciona: relaxamento e descanso, otimização da mente, autorregulação do organismo, aumento da disposição e da vitalidade.

Muitos livros e teses já foram escritos acerca do poder da indústria farmacêutica e de como a invenção ou descoberta de medicamentos que interferem nos comportamentos alimentou a invenção de novos distúrbios e a transformação das emoções em patologias (Cf. AZIZE, 2010; EHRENBURG, 2010b; ROSE, 1989, 2013). Mas, como assinalou Rose (Cf. 2013, p. 309) apesar da inegável necessidade de crítica sobre a proliferação de prescrições e de consumo de medicamentos psiquiátricos, é importante também ressaltar que esse fenômeno é fruto de uma visão de mundo que faz do governo da própria conduta um problema central.

A meditação emerge, por outro lado, como uma tecnologia de autocontrole que dificilmente sofre críticas; muito ao contrário, é veementemente apresentada por alguns como uma solução para o exacerbado consumo de medicamentos, embora em grande parte das vezes, da forma como é recomendada, a prática não exclua as drogas psíquicas. Do ponto de vista desta pesquisa, a meditação é apenas a outra face da medicalização da alma, dentro de uma mesma concepção biológica de ser humano respaldada pelas neurociências e que hoje é aceita pela psiquiatria, pela psicologia e pela medicina.

Assim como ocorre na utilização de medicamentos psiquiátricos, foi possível, pelas reportagens, identificar na meditação a presença de um alto potencial de adequação fortemente afinado com os ideais de um indivíduo empreendedor e com saúde perfeita. Não à toa, essa prática foi adotada por executivos de grandes corporações. A meditação desponta como técnica de autocuidado emocional e autocontrole por excelência, que, tanto quanto os medicamentos, elimina a possibilidade de conflito interno, com a vantagem de não causar efeitos colaterais biológicos, não ter custos e de contribuir para autodisciplinar os indivíduos, sob a maquiagem de liberdade subjetiva do verdadeiro *Eu*. Nesse sentido, a meditação passou a ter função autodisciplinar nas sociedades contemporâneas, enquanto exercício para domínio desperto da mente, essencial para a administração das emoções requerida na nova cultura capitalista.

Quanto aos psicofármacos - que agem no cérebro produzindo efeitos sobre o humor e as atitudes - foram inventados no final da década de 1950 e difundidos em paralelo com o desenvolvimento de um conjunto de saberes batizados de neurociência²⁵⁴, projeto interdisciplinar que unia biologia, psicologia, genética, cibernética e estatística, para a

²⁵⁴ O termo neurociência tornou-se comum na década de 1970, para designar um conjunto de saberes que se dedicam ao estudo do sistema de informações do sistema nervoso e ao funcionamento dos circuitos cerebrais de transmissão. Além da neurologia, que é a especialidade médica, muitas outras são neurociências: neurofisiologia, neuroanatomia, neuropsicologia, neuroquímica, neurobiologia, neurogenética, neuropsiquiatria, etc.

compreensão do funcionamento do cérebro no nível molecular. Começava então uma aliança consistente entre as indústrias farmacêuticas e as pesquisas neuroquímicas, que mais tarde arregimentou também a psiquiatria. A tendência de sustentação pela neuroquímica modificou o saber e a prática psiquiátricos com novas explicações que localizavam biologicamente todos os eventos psíquicos no cérebro, doravante abertos à intervenção farmacêutica.

A hipótese serotonina, concebida nos anos 1980, passou a embasar a produção de novos medicamentos psiquiátricos que atuam nos neurotransmissores. Entretanto, essa hipótese foi construída a partir da eficácia de antidepressivos moleculares como o *Prozac*. Não foi algo teorizado anteriormente que colaborou para a fabricação do medicamento; ao contrário, as “descobertas” neuroquímicas sobre o cérebro aconteceram durante os tratamentos, e levaram à construção das teorias explicativas acerca do déficit de serotonina em deprimidos. Embora não houvesse comprovação da hipótese serotonina em pessoas não medicadas, além dos medicamentos da geração *Prozac* nem serem tão mais eficazes que os antecessores, o que importava era a diminuição de efeitos colaterais (Cf. ROSE, 2013, p. 305).

Para a psiquiatria, importava também a força que reconquistava com o direcionamento para a esfera biológica, dos sentimentos e humores anteriormente interpretados na esfera psicológica. O termo “funcional” por muito tempo foi aplicado aos distúrbios psicológicos que afetavam o corpo, mas não tinham causa biológica. Com o apoio do arcabouço teórico neurocientífico, a diferença entre psicológico e fisiológico se diluiu e as desordens psíquicas passaram a ser consideradas orgânicas. No novo pensamento psiquiátrico, todos os distúrbios psíquicos são atribuídos ao desequilíbrio da neuroquímica cerebral. Os traumas e comportamentos, e mesmo os efeitos de fenômenos sociais (desemprego, violência, desigualdade), são interpretados pela maneira como afetam o cérebro (Cf. ROSE, 2013, p. 265).

O entrelaçamento com a neurologia - que é a especialidade médica da neurociência - sob a alegação de correção do erro do dualismo cartesiano (a separação entre corpo e mente), foi extremamente favorável para o campo da psiquiatria, que recobrou seu lugar de destaque na medicina e o reconhecimento profissional, abalado diante das críticas do movimento antipsiquiátrico (Cf. EHRENBERG, 2009, p. 207). Alguns psicólogos, por sua vez, encontraram nas terapias cognitivas uma forma de embarcar nas novas explicações neuroquímicas sobre a psique, para atender a explosão de demanda por saúde mental das últimas décadas. A concepção psicossomática de interferência psíquica no corpo, por muito

tempo vista com desconfiança, pôde ser aceita pela transposição da mente para o cérebro, que é biológico. Tanto doenças mentais quanto as condutas mais corriqueiras passaram a ser abordadas por princípios neurocientíficos. Publicações em revistas científicas respaldaram a ênfase neurobiológica dada aos comportamentos sexuais, às decisões sobre a ação e sobre o consumo, às crenças religiosas, fé, amor e violência, entre outros.

Os distúrbios psíquicos sempre foram de difícil definição diagnosa, pois os sintomas não são claros, frequentemente são confundidos ansiedade, depressão e transtornos dos mais variados. As revisões do DSM-III (1980) realizadas pela *Associação Americana de Psiquiatria* em 1987, tiveram a preocupação de cercar mais precisamente o diagnóstico, descrevendo sintomas e sinais de várias desordens psíquicas e classificando-as objetivamente como novas patologias. Amparados nos aspectos biológicos dos comportamentos, o leque de condutas e emoções consideradas patológicas cresceu progressivamente²⁵⁵, ampliando o diagnóstico para maior número de pessoas²⁵⁶ e expandindo a necessidade de correção por meio dos novos psicofármacos.

Acrescente-se a esse quadro as sofisticadas tecnologias para a produção de imagens desenvolvidas na década de 1980²⁵⁷, que criaram a impressão de que se pode enxergar dentro do cérebro vivo em operação, para identificar, em seu funcionamento, as situações de normalidade ou patologia. As imagens são muito poderosas na criação de um efeito de realidade objetiva para as interpretações técnicas acerca dos diagnósticos e tratamentos. As tecnologias de imagens revolucionaram o modo de conceber o *Eu* e endossaram as hipóteses neurocientíficas, acenando para possibilidades de intervenções concretas na personalidade por meio da estrutura cerebral. As ilustrações dos processos neuroquímicos expostas intensamente pelas mídias causaram grande impacto no público. Dessa forma, novas verdades foram produzidas sobre as relações entre o funcionamento do cérebro e sua relação com as condutas. O mecanismo neurotransmissor das individualidades foi transformado em evidência (Cf. ROSE, 2013, p. 308-309).

As mídias colaboram para o desenvolvimento de um ideário que coloca o cérebro no lugar do sujeito ativo, pela exibição de imagens que associam todas as práticas da vida ao

²⁵⁵ O DSM II (1968) tinha 180 categorias, ainda enquadradas na linguagem psicanalítica. Em 1987, foi realizada a revisão do DSM-III, publicado em 1980. Na nova versão, foram registradas 292 patologias. No DSM IV, publicado em 1994, esse número subiu para 350.

²⁵⁶ Dados de inquérito por telefone indicaram que 25% dos estadunidenses e europeus sofreram algum distúrbio diagnosticado pelo DSM IV, em um ano, e 50%, ao longo da vida. Mas esses dados podem ser exagerados, uma vez que, quando inquiridas, as pessoas reinterpretam muitas vezes suas experiências conforme as perguntas (Cf. ROSE, 2010).

²⁵⁷ A tomografia computadorizada foi inventada na década de 1960, a ressonância magnética e a tomografia por emissão de pósitron nos anos 1980 (Cf. ROSE, 2013, p. 273).

movimento cerebral. O cérebro aparece nas revistas como autor de todas as ações, crenças e desejos (Cf. ORTEGA, 2009b). Nas palavras de VEJA, por exemplo: “o cérebro é o espírito” (VEJA, 26/09/2007, *A mente e o espírito*: como o cérebro processa as emoções, o prazer estético e a linguagem). De acordo com a reportagem, somente por injustiça se crê que a arte esteja mais ligada ao espírito do que ao cérebro, há muito estigmatizado pela frieza e cálculo. Antes se pensava que o “o cérebro é engrenagem, computador, razão. Mas não arte”. Porém, as neurociências o recolocaram no lugar de honra antes reservado ao espírito, conforme a revista, pois é ele quem processa as emoções e a criação artística. Inclusive surgiu uma área de conhecimento para investigar a produção artística: “neuroestética”. Sobre isso dizia neurocientista: “Filósofos especulam sobre a beleza. Eu diria que ela é um aumento de fluxo sanguíneo na base do lobo frontal”. Os comportamentos humanos são extremamente complexos, imbricados pela dinâmica social; todavia, segundo as revistas, as atitudes são fatos biológicos, dependem de células ligadas por circuito ao cérebro.

A neurociência pretende ser uma ciência total que funde o social, o mental e o biológico no cerebral, afirma Ehrenberg (2009). A princípio, interessava-se pelos cinco sentidos, pelo sistema nervoso e pelas doenças mentais e degenerativas. A partir dos anos 1980, também passou a se ocupar de comportamentos, emoções e valores morais, buscando no cérebro a base biológica da consciência e do espírito. A neurociência segue um programa “fraco” e um “forte”, segundo o autor (EHRENBURG, 2009, p. 189). No primeiro, o objetivo é investigar e tratar deficiências físicas, debilidades neurológicas e doenças que se agravam com a idade avançada, como Parkinson e Alzheimer. No programa forte, afinado com a neuropsicologia e a neuropsiquiatria, o cérebro é identificado ao “si mesmo” dos indivíduos, sobre os quais se almeja interferir “eficazmente”, para modificar os estados mentais e aumentar as “capacidades de decisão e ação”, com o objetivo de maximizar as capacidades humanas. Entretanto, esse programa forte das neurociências é, conforme Ehrenberg (2009, p.190):

um subproduto típico de uma de nossas principais crenças individualistas, a saber, que o homem está primeiramente fechado na interioridade de seu corpo, lugar de sua verdade, e que, em seguida, graças ao seu espírito, ele entra em relação com outrem para formar (por contrato, imitação ou obrigação) uma sociedade. Essas crenças não são específicas das neurociências: elas são igualmente muito comuns em sociologia e antropologia. Se as neurociências têm tendência a fetichizar o cérebro, as ciências sociais fazem o mesmo com esta entidade mágica que é o si-mesmo (íntimo, social, objetivo, farmacológico, etc).

Com o apoio de imagens, as explicações neurocientíficas não só foram aceitas completamente, mas despertaram muito entusiasmo e conseguiram reunir esforços de

cientistas, revistas especializadas, agências de financiamento e indústrias farmacêuticas para projetos que, espera-se, desvendem os mistérios do cérebro e tornem possíveis intervenções sobre ele (Cf. ROSE, 2013, p. 305-307). Os Estados também se interessaram por esses projetos. A década de 1990 foi decretada a década do cérebro pelo então presidente americano George Bush. Mais recentemente, Barack Obama destinou quantia volumosa a um projeto para mapeamento dos circuitos neuronais. No Reino Unido, por sua vez, conforme Rose (2010) emergiu a ideia de “capital mental” a ser gerenciado politicamente, de modo a encorajar a sua maximização no plano individual - principalmente devido aos riscos do envelhecimento para as funções cerebrais - e incentivar pesquisas para compreender os problemas sociais na perspectiva neurocientífica. Para esse autor, parece estar em processo, com relação ao cérebro, uma reabilitação do higienismo mental do século XIX, porém, na “biopolítica contemporânea”, não se trata como antes de “vigiar e punir”, mas de “triagem e intervir” (Cf. ROSE, 2010, p. 313).

A disseminação de informações científicas em uma linguagem vulgarizada, ao alcance de todos, é essencial para a legitimação de uma “cidadania biológica” ativa, como definiu Rose (2013, p. 188-190), dentro da visão compreendida pelas autoridades jurídicas, médicas, políticas, empregadores, companhias de seguro, etc. É necessário estabelecer uma classificação objetiva da saúde dos corpos, que oriente o cálculo, os projetos políticos e econômicos, e o olhar jurídico, sobre as diversas situações legais e que oriente também o autoexame dos indivíduos. A noção de “cidadania biológica” parte do olhar normalizador de diferentes especialistas para identificar quem é doente, incapacitado, deprimido, esquizofrênico, psicopata ou pedófilo, e se isso deve receber punição, terapia ou reembolso financeiro. Surgem novas categorias biológicas para descrever as pessoas com problemas: a mulher com tensão pré-menstrual, a criança com hiperatividade, o adolescente com déficit de atenção. Esse vocabulário é transmitido principalmente pela educação, pelas campanhas sanitárias, pelo aconselhamento médico, por livros escritos por especialistas, pelas diversas mídias, sobretudo pela Internet (Cf. ROSE, 2013, p. 200-202), e, como se está tentando demonstrar, por intermédio das revistas semanais de divulgação. Assim, algumas pessoas passam a se identificar e descrever de acordo com a biologia ou neurobiologia, enquanto diabéticos, deprimidos, obesos, estressados, ansiosos, com alto nível de colesterol ou com transtorno bipolar, a partir da difusão das informações a respeito dos diversos distúrbios assim caracterizados.

Além disso, conforme Rose, apesar de nos fazerem crer que os transtornos psíquicos

são extremamente custosos para a economia, diferentemente do que acontecia no século XIX e XX, os transtornos mentais, hoje, são mais fonte de lucratividade do que fator de debilitação econômica (Cf. ROSE, 2013, p. 290). Isso ocorre não apenas por causa do intenso consumo de drogas psiquiátricas, mas porque foi criada esperança em torno dos tratamentos para os distúrbios psíquicos, que interfere no mercado acionário e estimula a bioeconomia com a promessa de lucro²⁵⁸. Também prosperou o mercado de informações e serviços para a promoção de saúde mental, que promete melhorar capacidades cognitivas, reduzir o estresse, a ansiedade e a tristeza, e eliminar os vícios e a compulsão, entre outras conquistas. A esperança e a vitalidade humana literalmente geram dinheiro. Rose (2013, p. 193-195) menciona uma “economia política da esperança”, que atrai investimentos tendo em conta expectativas futuras, na qual se incluem a confiança no aumento saudável da longevidade, na engenharia genética, na indústria farmacêutica, no autoaperfeiçoamento, e no poder pessoal.

As neurociências fizeram parecer realidade o sonho do diagnóstico objetivo e personalizado dos desvios comportamentais. As patologias podem ser ilustradas com representações das suas diferenças em relação à normalidade da neurotransmissão. Assim, nas versões visuais simplificadas da “hipótese serotonina” encontradas tanto nas revistas semanais brasileiras quanto nos sites e nas propagandas de medicamentos psíquicos, a depressão pode ser mostrada como um vazio de serotonina, enquanto, em outros locais, a esquizofrenia pode aparecer como um excesso de atividade dos neurônios (Cf. ROSE, 2013, p. 279).

Além de tomar o medicamento, o paciente deve tentar compreender sua depressão e se envolver com tecnologias terapêuticas que acelerem sua recuperação. Assim, apresentam-se práticas para o autoconhecimento e o desenvolvimento de autoestima: gostar de si, ser gentil consigo, reduzir o estresse, praticar atividades físicas, comer adequadamente, registrar pensamentos e emoções em diários, participar de grupos de apoio (Cf. ROSE, 2013, p.204). Conhecer-se é principalmente autodiagnosticar-se de acordo com parâmetros de normalidade e patologia fornecidos pelos especialistas, e que hoje passam por critérios mais amplos de suscetibilidade e vulnerabilidade. Afinal, somos todos suscetíveis e vulneráveis, devendo estar alertas para os sintomas depressivos e para outras patologias.

O indivíduo passa a ser pensado como um cérebro saudável, doente ou suscetível (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 189-190). O critério diagnóstico que indica a tendência à patologia mental é sempre, por fim, a incapacidade social e produtiva. Isso aparece em todas as notícias sobre distúrbios psíquicos (depressão, estresse, fobias) das revistas brasileiras analisadas. A

²⁵⁸ Nos anos 1990-2000, o mercado de drogas psiquiátricas aumentou em mais de 200% na América do Sul, 137% no Paquistão, 50% no Japão, 126% na Europa e 638% nos EUA (Cf. ROSE, 2013, p. 290).

hiperatividade e o transtorno de déficit de atenção, por exemplo, antes diagnosticados somente em crianças, passaram a caracterizar também adultos que não conseguem sistematizar o cotidiano e cumprir suas tarefas.

As imagens e os textos funcionam como estratégias de alfabetização científica promovida pelas mídias e pelas propagandas de medicamentos para fomentar o diagnóstico. Sugerem que todas as condições de sofrimento psíquico são tratáveis (Cf. ROSE, 2013). As narrativas populares sobre experiências de depressão, por sua vez, com frequência reproduzem o discurso científico sobre os sintomas, adotando novo vocabulário específico para explicar os problemas emocionais²⁵⁹. Também outros distúrbios - ansiedade, compulsão, transtornos alimentares e de humor, pânico e fobias, síndromes pré-menstruais - são tratados com os mesmos antidepressivos, dentro da mesma lógica de comunicação deficiente entre neurotransmissores.

Apesar de rostos sorridentes inundarem as propagandas de medicamentos e as ilustrações das revistas, como sugere Rose (2013), na mensagem transmitida não se trata apenas de obter felicidade com o uso da pílula, pois é necessário um trabalho sobre si mesmo. Os antidepressivos não são oferecidos para transformar a personalidade, mas para recobrar um estado anterior de adequação ao mundo, para voltar à vida considerada “normal”. O que os medicamentos prometem é restaurar o “verdadeiro” si mesmo (Cf. ROSE, 2013, p. 147) segundo uma concepção centrada na autorrealização, que se baseia na existência de um *Eu* autêntico, anterior à socialização, e que coloca o indivíduo no lugar de autor e ator da própria biografia. As propagandas dos medicamentos vendem o sonho de autocontrole para dominar o próprio humor, a ansiedade e para “sentir-se você mesmo outra vez” (ROSE, 2013, p.148): alguém produtivo e autocontrolado, que não se deixa invadir por maus pensamentos (suicidas, por exemplo) e que reencontra o sentido da vida. Tenta-se, pela via medicamentosa, “transformar a miséria incapacitante em infelicidade cotidiana” (ROSE, 2013, p. 146). Ainda que os fármacos possam surtir efeitos indesejáveis - como as interferências na libido, a dependência química, os problemas digestivos -, aqueles que tomam esses medicamentos parecem dispostos a suportá-los para sentir-se bem.

Os medicamentos são inventados e difundidos “em busca de biovalor”, mas derivam de um modelo específico do que é ser humano e de como deveria ser (Cf. ROSE, 2013, p.

²⁵⁹ Ortega cita o caso dos Alcoólicos Anônimos, cuja prática anteriormente era confessional e terapêutica no intuito de trabalhar a resistência ao vício, considerado fraqueza moral, e atualmente se concentra na intervenção farmacêutica para deixar a bebida. As explicações passaram a ser neuroquímicas: “a bebida ativa o sistema de recompensas no cérebro, mas, em alguns indivíduos, o cérebro recompensaria a bebida de uma maneira desmesurada provocando desejos intensos pelo álcool” (ORTEGA, 2009b).

263), que acaba gerando procedimentos éticos e modelando as condutas, pela concepção de uma subjetividade natural e autorregulada a ser restaurada e que, por ser biológica, ao mesmo tempo pode ser transformada. A noção de maleabilidade do corpo e do cérebro invadiu o senso comum e embasa a esperança de autoaperfeiçoamento dos sujeitos.

As múltiplas transações entre *expertise* e subjetividade e as diversas injunções e desejos realizados de reformar e refazer a nós mesmos através de intervenção calculada em nome de nossa autenticidade, autorrealização e liberdade têm sido fundamentais para o “gerenciamento de si mesmo” em democracias liberais avançadas (ROSE, 1989). O que é novo, talvez, é a centralidade concedida ao soma, à carne, aos órgãos, aos tecidos, às células, às sequências de genes e à corporalidade molecular para nossas maneiras individuais e coletivas de compreender e de gerenciar a nós mesmos como seres humanos. (...) Nesse sentido, nossos corpos têm se tornado nós mesmos, têm se tornado central para nossas expectativas, esperanças, identidades individuais e coletivas, e nossas responsabilidades biológicas nessa forma emergente de vida (ROSE, 2013, p.153-154).

Tecnologias das mais diversas oferecem a reconstituição da autenticidade e o encontro da identidade singular pelo autoaperfeiçoamento. A restauração da identidade (ou “a descoberta de quem se é”) pelo trabalho sobre si mesmo é atualmente uma referência de conduta ética, dentro do novo modelo terapêutico. Os neurocientistas explicam o social a partir do cérebro e a experiência pessoal, pelo processo bioquímico. Entretanto, como argumenta criticamente Ehrenberg, a identidade biológica está longe de poder ser considerada a totalidade do indivíduo, pois o sentido da existência e a consciência de si são construídos na vida social, não há um *Eu* para além dela. Segundo esse autor, as neurociências constroem uma imagem de subjetividade mínima de um ser “autômato” e não “autônomo”, que assegura que o indivíduo é capaz de agir e decidir sozinho, por si mesmo, independentemente dos estímulos psicossociais do mundo exterior (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 200).

As razões sociais do sucesso popular das neurociências estão menos relacionadas a seus resultados científicos e práticos do que ao estilo de resposta dada para os problemas formulados pelo nosso ideal de autonomia individual generalizada. Elas permitem, hoje, consolar quem – na realidade, a maioria de nós – tem dificuldade de encarar o mundo de decisão e ação que se edificou sobre as ruínas da sociedade da disciplina, aquela que conhecia o respeito à autoridade cuja perda é objeto de lamentações cotidianas. Mas as neurociências suscitam também a esperança de que sejam dadas a todos técnicas de multiplicação das capacidades cognitivas e de controle emocional, igualmente indispensáveis a tal estilo de vida. É porque as neurociências não são exteriores à ideia de “saúde mental”, elas são a sua ponta científica e tecnológica. Os hábitos contraídos com o consumo de medicamentos psicotrópicos, de drogas e substâncias dopantes, essas práticas neuroquímicas de usinagem de si, prepararam o terreno largamente. A extensão das fronteiras de si que a normatividade da autonomia (valorização da realização de si, da ação individual, da propriedade de si próprio) recobre faz com que pareçam reunidas as condições para que uma representação de si como cérebro doente constitua uma referência semântica apropriada. (EHRENBURG, 2009, p. 202).

As drogas psicofarmacológicas também vêm sendo usadas, como forma de maximização do desempenho mental e da concentração, ou para deixar mais alerta e com

menos sono. Além de estudos da nutracêutica (Cf. ROSE, 2013, p. 152), sobre benefícios de alimentos, suplementos e vitaminas que podem melhorar as funções cerebrais e a inteligência.

Na mesma direção, são divulgadas inúmeras práticas para aumentar a potência cerebral, seja pelo relaxamento, meditação ou estímulo das capacidades mentais em jogos, palavras cruzadas e desafios lógicos, seja pelo exercício físico ou pela alimentação. Apesar de suas explicações neurocientíficas terem surgido no final do século XX, muitas dessas práticas remetem a exercícios utilizados no século XIX, no âmbito das práticas mentalistas do Novo Pensamento e da frenologia, que atraíam muito os estratos bem educados da época.

Todos os lugares comuns da autoajuda tradicional estão presentes numa roupagem cientificista e cerebralizada. Vale mencionar: a ênfase na criatividade que engendra a realidade; a ideia de um 'eu interior' que pode ser cultivado e promovido pela manipulação cerebral; a insistência na autonomia e autocontrole de nossos destinos e até da própria realidade, atingida agora com práticas neuroascéticas. A absoluta irredutibilidade da categoria de responsabilidade e autonomia individual, enfatizando controle e autodomínio, bem como a redutibilidade total da realidade aos desígnios do pensamento são também realçadas na autoajuda cerebral. Finalmente, a total obsolescência do outro, do ambiente social e cultural no eu cerebral construído pelas práticas neuroascéticas. Se na autoajuda tradicional era a mente o centro definidor do sujeito, e seu poder permitia mudar a vida, realizar nosso desejo e monitorar nosso desempenho, agora, o cérebro ocupa esse lugar reservado outrora à mente. O velho slogan 'você é o que for sua mente', aparece agora em uma versão cerebralizada: 'você é o que for seu cérebro'. (ORTEGA, 2009b, p. 253).

Ademais, ainda que os objetivos sejam muito diferentes nas duas épocas, as explicações cerebrais mantêm referências do século XIX que, de certo modo, atualizam antigas noções de normal e patológico com nova linguagem. A frenologia e as teorias de Broca²⁶⁰, por exemplo, influenciaram a literatura de autoajuda e autocura do Novo Pensamento, bem como fascinaram os principais reformadores sanitários puritanos do século XIX com a ideia de “mente dividida e em luta - em que uma parte é insubmissa e deve ser controlada, ou é subutilizada” (ORTEGA, 2009b). Após os anos 1960, o hemisfério direito antes desprezado foi reabilitado, conforme Ortega (2009b), pois se entendia que a razão intelectual valorizada pelo racionalismo científico teria oprimido a dimensão emocional e artística dirigida por esse lado do cérebro. Na década de 1970, surgiram orientações educacionais que levam em conta o desenvolvimento do lado direito do cérebro, princípio utilizado na conceituação da inteligência emocional de Goleman, além de muitos livros de autoajuda, da década de 1990 em diante, utilizarem os aspectos neurocientíficos para embasar

²⁶⁰ Bastante etnocêntrico, Broca defendia que algumas funções do cérebro eram superiores e predominantes em homens brancos europeus, tais como a linguagem e as atividades intelectuais, e estavam localizadas no hemisfério esquerdo, enquanto o hemisfério direito exercia um papel inferior, mais emocional ou primitivo, comum entre mulheres, negros e homossexuais, em sua opinião. Algumas dessas indicações foram confirmadas parcialmente pelas neurociências, no que diz respeito às partes cerebrais especializadas, para a fala, por exemplo.

suas práticas mentais.

Na década de 1990, a neurologia, dentro do seu programa forte, passou a produzir experiências que comprovassem as modificações cerebrais causadas por várias atividades. Encorajadas pela importância crescente da “boa saúde mental”, as pesquisas neurocientíficas sobre comportamentos sociais e sentimentos morais tornaram plausíveis a integração entre corpo e mente, aclamada pela contracultura, e a ideia de que autocuidado torna a mente melhor. Para Ehrenberg (2009, p. 201), existe também uma forte tendência de aproximação entre as neurociências e “certos movimentos espiritualistas, notadamente o budismo, e as ciências cognitivas”. A produção de imagens do cérebro permitiu que especulações metafísicas fossem objetos de experiências científicas (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 188). A medicina das emoções teve a contribuição do neurologista António Damásio, que definiu um “cérebro emocional” que governa o indivíduo (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 201). Estudos derivados desse princípio anticartesiano apostam que o cérebro pode ser reprogramado para aumentar a capacidade de autocura, as habilidades para o autodomínio e as possibilidades de obter êxito social.

As neurociências forneceram arcabouço teórico, linguagem e práticas que, além de conferirem coerência ao programa de “cidadania biológica”, correspondem às representações atuais de indivíduo psicológico e somático. Seus instrumentos teóricos e imagéticos permitiram a aliança com as mais diversas áreas, não só com a psiquiatria e a psicologia, mas também:

com a nebulosa espiritualista – o que multiplica as profissões, os atores e as clientelas suscetíveis de serem implicados. Pois é esse mesmo contexto que simultaneamente faz pesar sobre cada um a responsabilidade de ter de se construir por si mesmo como um todo autônomo e impele os cientistas a proporem soluções parcialmente ilusórias a esta preocupação maior das sociedades individualistas, a saber, a afirmação de que não somente nenhuma doença, mas, ainda, nenhuma situação social ‘problemática’ deve ser abordada atualmente sem levar em consideração o sofrimento psíquico e sem visar à restauração da saúde mental (EHRENBURG, 2009, p.208).

O “sofrimento psíquico” e a “saúde mental” tornaram-se antagônicos em sociedades que cobram “autonomia generalizada” e felicidade extrema, diz Ehrenberg (2009, p. 188), as neurociências ofereceram “uma nova linguagem que permite expressar as tensões sociais que acompanham este regime normativo”, auxiliando a transformação da autonomia em norma.

Uma das formulações que sustenta a visão neurocientífica é que ela contribuiria para retirar a estigmatização do indivíduo, ao localizar o problema no cérebro e, assim, diminuir a vergonha dos pacientes, pois “não é culpa deles”, é um processo químico (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 203). O controle das emoções sem excessiva severidade no julgamento moral de si

próprio, que impactaria a autoestima, é um dos benefícios alegados pela visão neurocientífica dos comportamentos. Porém, com a ênfase biológica atribuída aos distúrbios psíquicos, a diferença entre patologia mental e valores pessoais acaba se perdendo, ademais, o problema continua sendo caracterizado como individual e não como social, assinala o autor. Como apontou Ehrenberg (2009, p. 204), as patologias mentais são também “patologias morais”, não porque signifiquem falha moral, mas porque seus sintomas geralmente espelham “sentimentos morais” de culpa, vergonha, fracasso, inadequação, etc.

Esse autor lembra que muitas crenças sobre o poder e a plasticidade cerebral apoiadas nas neurociências são “irracionais, até mesmo místicas” e reproduzem a relação dos povos arcaicos com a magia (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 201). Os contextos são diferentes, mas sabemos tanto sobre a complexidade das explicações oferecidas pelas neurociências quanto o nativo sabia a respeito das forças mágicas. Para os leigos, é muito difícil diferenciar o que é ou não científico. A coerência lógica das causalidades dos fenômenos é atribuída por uma formulação proposta pelos cientistas, que é legitimada socialmente. Ou seja, a coerência dos eventos cerebrais não existe por si, ela é conferida por determinado saber especialista e ratificada pela nossa confiança em sua palavra.

A existência de alterações cerebrais não é um argumento: na medida em que possuímos um corpo, é normal que múltiplas intermediações biológicas (neurotransmissores, sinapses, artérias cerebrais etc.) nos façam sentir o que nós sentimos. (EHRENBURG, 2009, p. 190).

Por fim, as neurociências reforçaram duas narrativas simbólicas de peso: o mito de uma individualidade interior e anterior ao social e o mito da autoridade superior da objetividade científica. Entretanto, a ativação de áreas cerebrais ou redes neuronais não prova que as atitudes, sentimentos e compreensão do mundo sejam produzidos pelo cérebro. Culpa, vergonha, angústia e ansiedade, bem como a sensação de bem-estar e paz de espírito continuam sendo sentimentos sociais. A retórica neurocientífica ignora que as necessidades emocionais da espécie são também originadas socialmente e que, por isso, são da ordem dos valores morais e não técnicos (Cf. EHRENBURG, 2009, p. 209).

4.5. Gestão de si e cuidado de si

Foucault procurou entender, em diferentes épocas da história ocidental, por quais mecanismos o indivíduo incorporava a necessidade de governo de si. Em aula de 1982, abordava a importância do cultivo de si, altamente valorizado na Antiguidade greco-romana, em que o cuidado com o corpo e com a alma não estava dissociado do cuidado com a cidade e

com a vida pública (Cf. FOUCAULT, 2004a, 2004b). O cuidado de si greco-romano era um conjunto de valores éticos que visavam o bem comum - maneiras de ser, atitudes, formas de reflexão, práticas de subjetividade – e cuja substância ética eram a liberdade e o governo de si para bem governar os outros. Representava um princípio coletivo, cuja meta era encontrar ações justas que fundamentassem as relações sociais e as condutas, formando o modo de ser dos sujeitos. Nesse contexto, a noção de “*si*” da Antiguidade ocidental era completamente diversa da atual pressuposição de um “*Eu*” que povoa um mundo interior com subjetividade própria, cuja existência está desvinculada do social.

A subjetividade como objeto de atenção, cuidado e gestão do próprio indivíduo é uma concepção do último século e teve como guia o saber psicológico desenvolvido no mesmo período (Cf. ROSE, 2011). As afinidades eletivas entre as práticas psicológicas e a demanda de um novo jeito de governar as pessoas e os grupos nas democracias neoliberais reforçaram o saber psicológico como modo de relação social e política, de acordo com Rose (Cf. 1989, 2011). A proposta de autonomia do *Eu* psicológico significa a liberdade de escolher sua própria vida como indivíduo consumidor, ao mesmo tempo aprisionado pela obrigação de saber escolher de acordo com referenciais técnicos que designam o bom, o belo e verdadeiro.

Para Foucault, a substância ética²⁶¹ do cuidado de si na Antiguidade ocidental era a liberdade, não obstante numa acepção também muito diferente da nossa. A liberdade greco-romana antiga não era independência, nem livre arbítrio, tampouco presumia igualdade entre os humanos; era a manutenção da soberania sobre os impulsos, considerada uma virtude masculina de enfrentamento da coerção representada pelos desejos e paixões (Cf. FOUCAULT, 2007b, p. 73). Os cuidados de si demandavam tempo para a reflexão e para as práticas, sendo acessíveis somente para homens livres e proprietários; às mulheres e escravos restava a subordinação como forma de conduta ética. Não se deixar levar pelos apetites e prazeres era um saber prático que fundia o governo de si e dos outros com uma arte da existência. A dietética ocidental antiga não era composta por regras universalizadas como as instituídas pelas ciências; os códigos eram rudimentares e demandavam o ajustamento prático, a medida conveniente para cada momento, para cada clima e estação do ano, e assim por diante. A longevidade e a satisfação pessoal estavam longe de serem objetivos. O corpo era mero instrumento para exercitar a resistência e o autodomínio. A vida era comprometida com

²⁶¹ A substância ética estaria na maneira pela qual o sujeito moral se constitui, na justificativa conferida por si próprio para as atitudes, no modo como ele percebe e legítima as regras morais, como se convence da necessidade de seguir aquela conduta, dispondo-se a alterar seu comportamento, a transformar-se para agir de determinado modo, por convicção de que aquilo é certo, é digno e é bom (Cf. FOUCAULT, 2007b, p. 27).

uma ética que presumia a imortalidade pública na continuação das gerações futuras.

Os cuidados de si, para Foucault, são maneiras de constituição de si enquanto sujeito moral, de controlar-se para seguir determinados comportamentos e não outros, variando em diferentes épocas e lugares de acordo com as concepções de mundo vigentes. A sujeição às regras morais é decorrente do entendimento daquela ação como dever, consolidado no processo de subjetivação a partir de um referencial que é social.

A *gestão de si*, por sua vez, pode ser considerada um tipo de cuidado de si contemporâneo, para o qual o termo *autocuidado* é mais apropriado, por denotar de modo mais adequado o direcionamento total para os próprios interesses individuais, específico do nosso tempo. Ao contrário dos antigos cuidados de si, a *gestão de si* e o autocuidado têm por objetivo a transformação pessoal para maximização das potencialidades e da vitalidade. A motivação é a satisfação ilimitada dos desejos e a liberdade subjetiva de um suposto *Eu* autossuficiente.

Relembrando as teorias de Foucault sobre o cuidado de si, Francisco Ortega (2008) compara-as com o autocuidado contemporâneo e observa que os comportamentos atuais não são práticas de liberdade como os da Antiguidade, no sentido de aquisição de autonomia participativa na vida pública, assemelhando-se mais a atividades disciplinares que cooptam o indivíduo para a normatividade (Cf. ORTEGA, 2008, p.20). Ortega considera que, na atualidade, se desenvolvem formas inéditas de *bioasceses* voltadas unicamente para os cuidados do corpo, excessivamente direcionadas para a estética da boa forma, para a obtenção de longevidade e para a manutenção da saúde como fins em si, que mais se aproximam de sujeição do que de libertação. As *bioasceses* corresponderiam às novas “tecnologias de si”²⁶², que envolvem, entre outros, dietética, práticas psicofísicas de controle emocional e exames diagnósticos como modo de evitar riscos individuais de saúde. Concordamos com o autor sobre os hábitos saudáveis não representarem verdadeira autonomia; eles compõem uma nova moralidade baseada na saúde. Instaurado nas sociedades cosmopolitas, o *ethos terapêutico* ocupou o vácuo deixado pela ausência de ideais políticos, com uma falsa imagem de domínio de si e da própria biologia que esconde a imitação de um modelo pronto, fornecido pelas

²⁶² Para Foucault existem quatro tipos de tecnologias que operam em conjunto e estão associados às formas de dominação: tecnologias de produção, tecnologias de sistemas de signos, tecnologias de poder e tecnologias de si. As tecnologias de poder determinam as condutas dos indivíduos, submetendo-os à dominação. As tecnologias de si “permitem que o indivíduo efetue, com seus próprios meios ou com a ajuda de outros, um certo número de operações em seus próprios corpos, almas, pensamento, conduta e modo de ser de modo a transformá-los com o objetivo de alcançar um certo estado de felicidade, pureza, sabedoria, perfeição ou imortalidade” (FOUCAULT, 2004a, p. 323-324). A aproximação entre tecnologias de poder e tecnologias de si produz no indivíduo a interiorização da norma social de conduta como constituinte da subjetividade.

diversas mídias com o aval do referencial científico (Cf. ORTEGA, 2008; COSTA, 2005).

Devido às características técnicas, utilitárias e individualistas, o autocuidado, o autoaperfeiçoamento e a *gestão de si* como empresa estão mais para autoajuda, essencialmente individualista, do que para cuidado de si como prática de liberdade. Por outro lado, a autoajuda não deixa de ser também uma maneira de conduzir-se para se constituir como sujeito moral a partir de práticas de reflexão e intervenções sobre si próprio (Cf. RÜDIGER, 1996; ILLOUZ, 2008). O formato psicológico (ainda que simplificado) da autoajuda tende a predominar como modo de subjetivação contemporâneo. A autoajuda e o autocuidado se apoiam em técnicas de autoaperfeiçoamento com o único objetivo de maximização da vitalidade, valorização do capital humano e prolongamento da vida útil. Entretanto, percebe-se que, na atual concepção prevalente, a autoajuda, o autocuidado, o aprimoramento de si e a constituição de um *Eu* empreendedor dono de seu destino são consideradas condutas éticas virtuosas.

Rose (1989, 2011) discutiu bastante bem as modificações das últimas décadas no sentido de conferir valor ético ao aperfeiçoamento pessoal e ao direcionamento da própria vida como empresa, tendo como referencial a psicologia. A credibilidade do saber psicológico alterou a concepção existente sobre os indivíduos, interferiu em leis e em valores sociais acerca da noção de subjetividade e até em práticas e saberes de outras áreas de conhecimento. A alegação ética repousaria no aprimoramento da capacidade dos indivíduos para o exercício da autoridade sobre si mesmos como condição para a democracia (Cf. ROSE, 2011, p. 95). Autoridade e governo confundem-se com ação ética e terapêutica para modificar as formas de domínio dos indivíduos sobre si. O grande objetivo ético é a autonomia e a autorresponsabilidade dos cidadãos, que devem ser ensinados a ser livres para escolher racionalmente o melhor para si. Como explica Rose, a “ética do empreendedorismo – competição, força, vigor, ousadia, impulso para o sucesso - pode parecer oposta à ideia terapêutica, associada ao hedonismo e ao autocentrismo”; entretanto, ambos – empreendedorismo e terapêutica – operam juntos na propagação das ideias de autonomia e responsabilidade do *Eu* na cultura contemporânea (Cf. ROSE, 2011, p. 219).

É interessante notar que em 1996, Rose (2011[1996]) apontava o fortalecimento das tecnologias *psi* como referenciais para pensar o mundo, a si mesmo e as relações com outros. Naquele momento, muitos foram os adjetivos encontrados pelo autor no esforço de abordar a transformação esboçada no século XX em direção a uma nova ética que cobrava a busca de autonomia individual mediante aprimoramento psicológico da personalidade, ou seja, uma

ética que impõe a cada um fazer por si: ética da subjetividade (ROSE, 2011, p.97); ética terapêutica e ética da autonomia (p. 137)²⁶³; ética da individualidade autônoma²⁶⁴ (p. 141); ética do empreendedorismo (p. 219). Mais recentemente, em livro publicado em 2007, Rose analisa a reversão do psicológico para o biológico, localizado no cérebro. As concepções do que é ser humano e as tecnologias de si seguem hoje a tendência explicativa e prática das neurociências, desenvolvidas extraordinariamente na última década. Além disso, as teorias de intervenção no plano molecular da vida humana (genética, biotecnologias, neurologia, nanotecnologia) modificaram profundamente a relação ética em relação ao material biológico humano e sua comercialização como produto.

Dos discursos oficiais de promoção da saúde às narrativas da experiência da doença e do sofrimento nos meios de comunicação, passando pelos discursos populares sobre dieta e exercício, vemos uma crescente pressão para a reconstrução pessoal, simultaneamente, corpórea e psicológica. (...) Esta somatização ética se estende à mente. Durante os primeiros sessenta anos mais ou menos do século XX, os seres humanos passaram a entender-se como habitados por um espaço interior profundo psicológico, e avaliar-se e agir sobre si mesmos em termos dessa crença. Mas ao longo do último meio século, o espaço profundo começou a ser deslocado por um mapeamento direto da pessoa e de seus males mediante o corpo ou o cérebro, que então se tornou o alvo do princípio ético (ROSE, 2013, p. 44-45).

Atualmente, a “substância ética” parece estar na vida por ela mesma, localizada no nível molecular do corpo, segundo Rose (2013). Por sua vez, o *telos*, ou *para que*, é o “prolongamento da vida saudável” (ROSE, 2013, p. 140). O autor (ROSE, 2013, p. 22) aponta o surgimento de uma “ética somática”, que “atribui uma virtude moral especial para a busca do lucro através da gestão da vida”, ética que ao mesmo tempo condena moralmente o que considera prejudicial para a saúde, em nome do lucro. O corpo e a vitalidade tornaram-se locais privilegiados para a experimentação de si mesmo. O autor (ROSE, 2013, p. 44) observa que, cada vez mais, nos relacionamos conosco e com os outros como “indivíduos somáticos”, seres cujas individualidades são baseadas na existência carnal e na experiência corpórea, com as quais “julgamos e agimos sobre nós mesmos”. A “ética somática” não tem sentido essencialmente moral em princípio, mas advoga “valores para a conduta de uma vida” que colocam a existência corporal em um lugar central (Cf. ROSE, 2013, p. 19). Em uma época na

²⁶³ Referindo-se à intervenção do saber psicológico nos procedimentos éticos, inclusive legais, e a colaboração para as “aspirações liberais de liberdade, escolha e identidade”, Rose assinala que a “ética terapêutica promete um sistema de valores livre do julgamento moral das autoridades sociais”, cujas normas não seguem um código arbitrário, mas atende “demandas de nossa natureza e nossas verdades como seres humanos. (...) não busca impor um *self* moral, mas libertar o verdadeiro *self*”, possibilitando que cada um faça sua vida por meio de escolhas que o satisfaçam e atendam as condições de autonomia. Segundo ele, deve-se moldar a “existência de acordo com uma ética da autonomia” (Cf. ROSE, 2011, p. 138).

²⁶⁴ A “ética da individualidade autônoma” é principalmente uma “autonomia regulada”, pois “o *self* liberado e moderno é ‘obrigado a ser livre’” e a interpretar a vida como escolha entre várias opções de consumo (Cf. ROSE, 2011, p.141).

qual a maximização corporal e o desenvolvimento de competências emocionais aparecem como escolhas, como investimento em capital humano, e em que a vida pode ser literalmente comercializada como um produto qualquer, Rose sugere que se poderia pensar na existência de afinidade eletiva entre a “ética somática contemporânea e o espírito do biocapitalismo” (Cf. ROSE, 2013, p. 22; 350-356).

Em nome da proteção da sociedade, da eliminação dos riscos e da manutenção do controle da suscetibilidade para o adoecimento, foram gerados novos modos de governo das populações, engendrando novas formas de subjetivação, novas tecnologias de si e uma “nova economia da vitalidade”, na qual o mercado de bem-estar está inscrito. A valorização da experiência somática fez surgir uma variabilidade enorme de profissões para a gestão corporal e mental, “novos peritos pastorais”, dos quais os consultores genéticos são um exemplo, “cujo papel é aconselhar e orientar, cuidar e apoiar, os indivíduos e as famílias a negociar seu caminho através dos dilemas pessoais médicos e éticos que enfrentam” (ROSE, 2013, p.20).

Diferentemente do pastorado religioso, no qual o fiel deveria submeter-se ao discernimento e à vontade do pastor, de acordo com Rose, atualmente, o aconselhamento adquire um formato “relacional”. Isso implica “intensos envolvimento afetivos bidirecionais entre todas as partes do encontro” e o estabelecimento de uma relação ética com cada indivíduo do pastorado, supondo o consentimento, a autonomia e a escolha do aconselhado, envolvendo ambos os lados afetados (Cf. ROSE, 2013, p. 112-113). O autoexame perante o conselheiro de saúde mobiliza sentimentos morais como culpa e vergonha e estimula o julgamento ético de cada um sobre si mesmo e suas ações.

Vários autores críticos das novas políticas de Saúde Pública (Cf. CASTIEL *et al.*, 2010; CASTEL, 1987; DOUGLAS, 1996; LUPTON, 1993; ORTEGA, 2008) enfatizam que o discurso do afastamento dos riscos é fundamental na produção do que Rose (2013) chamou “cidadãos biológicos”, sujeitos supostamente autônomos e responsáveis que orientam suas escolhas para a vida saudável. A maximização da saúde e o autoaperfeiçoamento para a transformação de cada um em um ser autônomo tornaram-se normas sociais; aquele que não é capaz de se cuidar é considerado um desviante, um peso que sobrecarregará toda a sociedade. Sob o olhar de censura social, o indivíduo é forçado a demonstrar sua competência para o cuidado e construção de si mesmo, muitas vezes canalizando sua compulsão consumista para a saúde, o bem-estar e a beleza (Cf. ORTEGA, 2008; COSTA, 2005).

Conforme assinalou Rose (2013, p. 98) uma “nova disposição para a saúde” emergiu no século XXI. Acompanhando a intensificação e a generalização das estratégias de promoção

de saúde física e mental, a “economia da vitalidade” ligada ao biocapital prosperou imensamente: dietas, vitaminas, academias, novas profissões, indústrias alimentares e farmacêuticas, os genes, as patentes, as biotecnologias, etc., além de “uma indústria de seguros privados de saúde, aumentando as obrigações que os indivíduos e as famílias têm para monitorar e gerenciar a sua própria saúde” (ROSE, 2013, p. 98). As organizações e comunidades foram convidadas a assumir um papel ativo na promoção de saúde²⁶⁵: cada cidadão deve agora se tornar um parceiro atuante, aceitando sua responsabilidade para garantir o seu próprio bem-estar.

Muitas vezes, os hábitos de autocuidado são alardeados como nobres procedimentos éticos de “cuidados de si” contemporâneos; até mesmo dentro das instituições de saúde pública, como pode ser percebido nas citações logo abaixo, retiradas do manual de profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Curitiba, no qual modelos padronizados de comportamento que levam o nome de “autocuidado apoiado” são propostos para acompanhar mais de perto a adoção de hábitos saudáveis pela população.

Com o apoio dos profissionais de saúde, o usuário é quem decide quais comportamentos quer adotar neste momento, pactua e elabora um plano de ação para isso. A equipe de saúde acompanha e monitora este processo, auxiliando-o a adequar seu plano de acordo com os resultados alcançados. É uma parceria que se estabelece entre os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a comunidade, para a construção de competências necessárias ao cuidado de si²⁶⁶.

A “ética somática” concede valor ético supremo à saúde corporal e às formas de subjetivação, concentrando-se nos aspectos biológicos e neurológicos para explicar os comportamentos. As neurociências objetivaram os comportamentos em imagens cerebrais, consagrando a materialidade biológica da alma com credibilidade científica máxima. Biopolítica, terapêutica, empreendedorismo e ética reúnem-se na noção de “cidadania biológica” que propicia a formação de um indivíduo prudente e empreendedor (Cf. ROSE, 2013, p.192), responsável pela sua própria empresa (o capital humano) e que intervém no seu destino biológico pela escolha racional e responsável. “O cidadão biológico responsável ativo deve se engajar num trabalho constante de autoavaliação e de modulação da conduta, da dieta, do estilo de vida, do regime medicamentoso” (ROSE, 2013, p. 219). Assim, a cidadania biológica redefine o significado de ser humano para uma concepção de empresa a ser cuidada como qualquer outra propriedade privada, de um lado, e, por outro, também de pessoa que desafia os limites vitais mediante a conduta saudável (Cf. ROSE, 2013, p. 220).

²⁶⁵ Isso muitas vezes é chamado de “empoderamento” dos cidadãos e das comunidades.

²⁶⁶ Cf. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde*. Prefeitura municipal de Curitiba, 2012.

A educação para a construção do cidadão biológico, com direito à saúde e bem-estar desde que adote como dever certos comportamentos saudáveis, é realizada em várias instâncias – escolas, famílias, empresas, atendimento em saúde, mídias. As mídias colaboram disseminando conteúdos de ciências e psicologia, na tentativa de persuadir o leitor a autoavaliar suas ações, autodiagnosticar suas falhas e sanar seus problemas pessoais transformando-se conforme uma padronização científica. Certos saberes científicos e psicológicos precisam ser propagados para que sejam tomadas atitudes de autocuidado e a *gestão de si* aconteça. Nesse aspecto, as revistas exercem papel fundamental de tradutoras da perspectiva teórica científica para os comportamentos da vida prática. Por sua credibilidade informativa, as revistas atuam como fiadoras do aval científico, embora em diversas vezes as reportagens claramente apresentem recortes que são julgamentos morais da realidade.

A perspectiva de Rose sobre os novos direcionamentos éticos contemporâneos, baseados no pressuposto de individualidades somáticas autônomas, bem como sua hipótese de possíveis afinidades eletivas com o modelo de economia das vitalidades e com o biocapitalismo, ao mesmo tempo reúne e atualiza alguns pontos comuns entre Weber e Foucault, no que se refere à conduta de vida e ao autogoverno. Por um lado, a *gestão de si* tem como objetivo individual o autoaperfeiçoamento contínuo do corpo e da personalidade, bem como o desenvolvimento de habilidades individuais, para efeito de valorização do próprio capital humano. Pode-se dizer que os hábitos de autocuidado e autoaperfeiçoamento são métodos de racionalização prática da vida cotidiana, como mencionado por Weber, instaurados de modo duradouro por serem considerados procedimentos éticos de conservação da vida e de autonomia individual. Por outro lado, o estímulo psicológico de distinção e prestígio para a transformação dos hábitos e das próprias subjetividades, presente no *ethos terapêutico*, colabora para novos formatos de governo e de biopolítica que operam pela convocação à escolha racional e responsável como se fosse exercício de liberdade. A definição das atitudes consideradas racionais e corretas, entretanto, é delimitada por especialistas somáticos ou por especialistas *psi* que atuam como engenheiros das almas, ambos com forte potencial de condução dos comportamentos. À medida que os saberes científicos e psicológicos foram assimilados nos meios de gestão empresarial, nas políticas públicas de promoção de saúde e, sobretudo, disseminados de maneira simplificada pelas mídias, a liberdade oferecida em troca do trabalho sobre si acabou restringida por modelos protocolares do que é ser saudável e do que é gerenciar a própria vida.

Levando-se em consideração o alto grau de psicologização das sociedades ocidentais e

a atual legitimação neurocientífica da interferência da psique ou do cérebro na saúde do corpo, talvez fosse mais apropriado pensar em uma *ética psicossomática*. A nova ética propõe a remodelação terapêutica da pessoa, de corpo e alma, segundo uma visão psicológica de ser humano, que se vem tornando neurobiológica. Mas, se é biológica é manipulável, pois biologia não é destino (Cf. ROSE, 2013, p. 351). Assim, podemos e devemos modificar nossas personalidades pela intervenção no cérebro.

A ética psicossomática é individualista, tendo o *Eu* como referência, mas é coletiva, de outra mão, pois é apoiada pela concepção de “cidadania biológica”. No plano individual, é uma ética da autonomia e do empreendedorismo, do dever de *gestão de si* e de maximização dos seus potenciais por interesses pessoais, para conseguir autorrealização e destaque da massa de indivíduos. A lógica vigente nessa ética é a aspiração à autonomia, à excelência e à alta eficiência, por parte dos indivíduos, das entidades e das instituições. Essa ideia embasa projetos políticos de promoção de cidadania biológica, implica direitos, deveres e autorresponsabilidade com a saúde, requer compromisso ativo para a promoção de qualidade de vida individual e demanda intensa informação dos especialistas e dos meios de comunicação. Seja no plano individual ou no coletivo, a ética psicossomática atua no “campo da esperança” (ROSE, 2013, p. 193). A esperança tornou-se essencial dentro dos cuidados terapêuticos, hoje ela é estimulada como instrumento que auxilia a promover a cura.

Os projetos de “cidadania biológica”, entretanto, não são apenas impostos de cima para baixo. Existe uma forma de pensar predominante que prioriza o corpo biológico como valor fundamental e que aspira à sua maximização. Como ponderou Rose (2010):

toda vez que vamos à academia e praticamos exercícios estamos fazendo julgamento de que o valor de uma vida saudável é maior que o valor de uma vida menos saudável. Toda vez que fazemos algo para nos manter em forma e ativos ou toda vez que ingerimos um fármaco na esperança que poderemos mudar um estado desesperado de miséria para uma infelicidade comum, estamos fazendo uma decisão a respeito de que vidas têm mais valor que outras. (ROSE, 2010, p. 317).

O conjunto de hábitos propostos pelo estilo de vida saudável foi validado socialmente como maneira correta de viver, sancionado pela religião e pela ciência como encaminhamento ético e racional de condução da vida. O verniz ético da retórica *saudável e terapêutica* - aquilo que se apresenta como justificativa legítima para a moralização dos hábitos é a preocupação com a vida, por ela mesma, como valor absoluto acima de todos os outros, conforme apontou Rose (2013) quando identificou uma “ética somática” que coloca a vida como valor último. Mas é também uma inquietação com o aperfeiçoamento da humanidade, talvez não mais com a espécie biológica, pois a biologia é o “ponto de partida”, dizem os

cientistas consultados pelas revistas. O aperfeiçoamento que se quer atingir é o da civilização humana, no sentido de conseguir dominar a vida biológica e reiterar o poder humano de postergar a morte. Poder de, quiçá, alcançar a imortalidade concreta.

Assim, os principais estímulos psicológicos individuais para a vida saudável reproduzem a vontade humana de controlar o próprio destino e dispor da matéria viva, freando a finitude. Aqueles que não se cuidam são considerados “atrasados”, “ignorantes”, “incapazes”, “inferiores”. O indivíduo saudável é superior porque saudável hoje significa responsável, autônomo, bem informado e dono do seu futuro. Os hábitos de autocuidado e autoaperfeiçoamento estão ligados à possibilidade de maximização da própria vida humana como capital simbólico, mediante o trabalho sobre o corpo e a mente, e também à gratificação material e psíquica de realização pessoal que isso venha a oferecer. Além disso, asseguram ao adepto da vida saudável um posicionamento social entre as pessoas “de bem”, conferindo autodignidade e autorespeito de maneira análoga à certeza da salvação antigamente.

Conclusão

Retomando a pergunta inicial desta pesquisa, a sobrevalorização da saúde e do bem-estar nas últimas décadas foi fruto de uma série de fatores concomitantes que incluem aspectos econômicos, políticos e culturais. O autogerenciamento racional e a intervenção sobre si foram divulgados dentro e fora das empresas, com a ajuda do aconselhamento sugerido por diversas mídias e pela literatura de autoajuda, podendo ou não direcionar atitudes individuais para a tentativa de maximizar o próprio valor enquanto pessoa. Claro que a transformação das concepções de saúde e bem-estar não abarca apenas a propaganda dos meios de comunicação e a intervenção estatal/empresarial sobre os comportamentos. Outros elementos culturais aparecem de forma subliminar no noticiário, indicando benefícios individuais para a sistematização dos hábitos e gerenciamento de si, tais como: a atribuição de um poder incomensurável ao indivíduo para manter-se independente das condições sociais; o desenvolvimento de uma moralidade de saúde que, se impõe como norma de conduta o dever de autocuidado, também fornece prestígio e maior valor para o indivíduo saudável.

Observamos que no *ethos terapêutico* do século XXI, estampado nas revistas, vigora uma ética individualista de compromisso consigo mesmo e com as próprias escolhas, cujo modo de subjetivação é psicológico, mas que também tem um sentido biopolítico, de governo dos corpos das populações, por visar à formação pedagógica de “cidadãos biológicos”: prudentes em matéria de saúde física e mental, responsáveis por sua suscetibilidade e por seus riscos, autônomos, capazes de autogoverno, de maximizar seus potenciais e sua vitalidade, de dar sentido às próprias vidas, encontrando a própria realização em todas essas diferentes dimensões. Os procedimentos de *gestão de si* e de autocuidado, bem como o estilo de vida saudável, podem ser considerados parte de uma “ética” ou moralidade, na medida em que exigem uma autoavaliação e uma ação sobre si mesmo, impondo-se um dever para com a própria vida; e também por produzirem, aqui pensando conforme a teoria weberiana, uma racionalização prática da vida cotidiana em termos de hábitos duradouros. A cobrança social por hábitos saudáveis apresentada no noticiário ilustra bastante bem a extrema racionalização do corpo e da psique demandada pelo atual funcionamento do sistema econômico.

O consumo de informação - científica, psicológica ou de autoajuda – é oferecido como resposta racional e eficaz para a condução da própria vida, de maneira a se adequar às novas convenções que valorizam o empreendedorismo de si. Os indivíduos, por sua vez, procuram na opinião dos especialistas a garantia de otimização da qualidade de vida e da felicidade. A

economia da esperança também opera aqui: crê-se que é possível melhorar a vida pela aplicação dos critérios técnicos. Como vimos nas teorias de Rose (2011), a mobilização da esperança é tarefa dos peritos que ensinam a administrar a ansiedade, o medo, a raiva e a frustração para alcançar a maximização do desempenho e a autorrealização pessoal. As concepções de ser humano infinitamente inacabado e de identidade como um projeto fazem com que se procure a maximização do valor da existência e do próprio capital humano, pelo estabelecimento de uma conduta de autoaperfeiçoamento terapêutico e de um estilo de vida empreendedor.

A autodisciplina e a modulação das emoções podem ser buscadas em atividades físicas vigorosas para diminuir o estresse, a ansiedade e a depressão, ou em psicoterapias breves, mas a solução proposta pelas revistas repousa em duas principais vias: nos fármacos neuroquímicos e nas práticas de meditação. Insistimos que a expansão da demanda pelos medicamentos para a alma e pelas práticas contemplativas deriva da mesma necessidade de autocontrole gerada no processo de individualização dos riscos e da transformação de determinadas emoções em patologia. Apesar da popularização dos tratamentos alternativos complementares, agora eles são aliados dos fármacos alopáticos antes veementemente condenados por seus divulgadores. As práticas contemplativas não só foram desencantadas, transformadas pelo saber psicológico e neurocientífico, como apresentam extremas afinidades eletivas com os princípios do capitalismo neoliberal, uma vez que colaboram para o autocontrole emocional e o aumento do desempenho; ao menos é assim que são oferecidas.

O governo de si e a formação das subjetividades foram alvos das religiões; agora são alvos das psicoterapias, da autoajuda e dos medicamentos. No entanto, a forma terapêutica de se conduzir não substituiu a religião nem ocupou a lacuna deixada pelo declínio das formas religiosas de entendimento do mundo. Concordamos com as observações de Rose (2011) acerca da “ética somática” como expansão e continuidade do modo de subjetivação religioso. Não haveria ruptura total, pois representa o mesmo papel regulador, porém num novo *release* pautado na racionalidade técnica e não na racionalidade religiosa, o que lhe confere maior legitimidade e credibilidade. As teorias prometem que os problemas são completamente manipuláveis pelo indivíduo, caso siga o comportamento correto, endossando a ideia de poder de decisão do consumidor. A concepção de um *Eu* autêntico foi inventada durante o processo histórico, ele não existe, mas está perfeitamente integrada à ideia de ser humano naturalmente capacitado para escolher racionalmente (o que é chamado de escolha inteligente ou escolha consciente) entre as opções de consumo.

Na prática, a alteração da concepção de saúde para bem-estar de um modo mais amplo expandiu o cuidado de saúde para os leigos (não médicos), possibilitou a introdução dos problemas psíquicos na alçada dos riscos de saúde e realçou a importância dos aspectos subjetivos para a saúde mental. Ao mesmo tempo, propiciou o aumento das vendas de medicamentos para a psique, de livros de autoajuda e de busca por práticas terapêuticas que prometem bem-estar e paz de espírito, além de ter incrementado a economia das vitalidades representada pelo *wellness*.

O bem-estar sugerido pelas revistas possui dimensão individual. Ainda que a ciência possa auxiliar com tratamentos medicamentosos, diagnósticos e tecnologia de saúde, cabe ao indivíduo o planejamento de seu bem-estar e a adoção de uma conduta que lhe proporcione independência, produtividade, boa aparência e bom humor. O desenvolvimento da ciência, todavia, é apresentado como fator que contribui cada vez mais para o bem-estar, principalmente com fármacos biomoleculares para DCNTs e distúrbios psíquicos, agora categorizados como neurobiológicos. A expectativa é que estudos neurocientíficos garantirão a expansão dos “potenciais humanos”, bem como os avanços na genética e na estética possibilitarão o equivalente à tão sonhada imortalidade.

No nosso país, no final do século XX, começava a se constituir nos meios oficiais e na cultura de massas a concepção de poder do indivíduo para superar sozinho qualquer adversidade, como também se espraiava o imperativo do autocontrole, do autocuidado e de um modo de vida terapêutico pautado no autoaperfeiçoamento para alcançar metas de saúde, longevidade e sucesso. No período 1995-1998, pelo que se lê nas notícias de VEJA e ISTOÉ, parece ter ocorrido a transformação de corpo biológico em corpo biopsíquico, na medida em que adquiriu plausibilidade a influência das emoções no adoecimento, tendo por consequência certa psicologização da medicina, que também pode ter sido reforçada pela ascensão das medicinas alternativas como via popular de tratamento junto aos estratos médios e altos da população. O questionamento ético da ciência e da medicina convencional teria abalado, a princípio, o poder-saber médico, circunstância resolvida pela legitimação neurocientífica da psicossomática. Na década seguinte (1999-2008), com o avanço dos estudos neurocientíficos, fortaleceu-se a ideia de que a mente é biológica e passível de intervenção química tanto quanto o corpo, representando uma medicalização da psicologia, no sentido de resposta biomédica para as aflições psíquicas.

As explicações neuroquímicas e as tecnologias de imagens cerebrais respaldaram a eficácia dos medicamentos para a alma e das práticas corporais contemplativas; também

legitimaram a arregimentação de técnicas de autocuidado emocional pela biomedicina. A medicina convencional e a psiquiatria aceitaram e assimilaram a visão psicossomática, mediante explicações neurocientíficas para alguns estados de adoecimento, tentando, assim, manter sua hegemonia, mas com isso: a) o controle das emoções tornou-se questão de saúde, seja por meio de medicamentos, seja por meio de novas (ou reinventadas) tecnologias terapêuticas; b) houve um aumento do diagnóstico e do tratamento medicamentoso para distúrbios psicológicos.

A manutenção do poder-saber médico ocorreu, principalmente, no âmbito da epidemiologia e do conhecimento interpretativo dos riscos, bem como no monopólio do diagnóstico, não mais da terapêutica. A receita de medicamentos depende do médico, mas na prevenção por meio de hábitos, é o indivíduo quem deverá se cuidar pela incorporação do estilo de vida saudável. Redefinidas, as principais funções do médico passaram a ser a avaliação diagnóstica objetiva, mediante a análise de exames tecnológicos, o acompanhamento frequente de situações de risco e o aconselhamento para a adoção de “bons” hábitos. Com isso, também aumenta o número de consultas médicas e de exames, alimentando o lucro dos laboratórios de diagnósticos e das indústrias tecnológicas de aparelhos com essa finalidade.

A cientificação dos conceitos conferiu legitimidade aos hábitos autodisciplinares, aproveitando a fundamentação simbólica propiciada pela nova visão integrativa entre corpo e mente, que emergiu após os anos 1960. As novas associações entre saúde biológica e psicologia, geradas no bojo da contestação da medicina ortodoxa e da psiquiatria, e de reivindicação por mais autonomia sobre o próprio corpo diante das decisões médicas, culminaram, posteriormente, na ampliação do domínio dos saberes especialistas – medicina, psicologia, psiquiatria, pseudociências ou neurociências - sobre o cotidiano individual. Propiciaram também, de outra mão, a tendência de biologização da mente, dos comportamentos e das emoções e o tratamento químico dos males da alma. Nesse caso, parece ter ocorrido o que Weber denominou de “paradoxo das consequências”, pois os resultados produzidos foram opostos aos desejados pelos contestadores, já que a autonomia passou a ser regulada por critérios científicos.

Sobretudo em países como o Brasil, com alta desigualdade social e forte diversidade cultural, nacionalizam-se modelos genéricos de comportamentos de saúde formatados pela visão predominante em algumas regiões metropolitanas do país, que seguem de perto os padrões internacionais. O objetivo de autonomia individual cai por terra com a suplantação

das diferenças culturais em termos de hábitos alimentares e corporais e com a implantação de um estilo terapêutico uniformizado de gestão da própria vida.

Algumas ideias - tais como “você pode realizar o que desejar com o poder do pensamento e a força de superação” e que “existe um *Eu* natural obstruído pelo social” – estimulam a dedicação à vida psíquica e reiteram a responsabilização pessoal por problemas originados no sistema social. Os valores de libertação do *Eu* autêntico das convenções sociais prepararam o terreno, ofereceram fundamentação simbólica e legitimidade para o estabelecimento de um *ethos terapêutico*, cujo “espírito” poderia ser o cálculo individual de riscos, conformando um estilo de vida pautado no dever ético de *gestão de si* e de autocuidado. Parafraseando Weber (Cf. 2004a, p.165), diríamos que o trabalho sobre o corpo e as emoções era um “manto”, todavia, no momento contemporâneo transformou-se “numa rija crosta de aço” para todos nós.

Antecipando possíveis críticas provenientes da atual e generalizada empolgação com o autocuidado como solução universal para a doença, é melhor esclarecer que não foi nossa intenção advogar contra os hábitos saudáveis, mas apenas dar-lhes a dimensão devida entre tantos outros fatores de adoecimento. O principal interesse foi problematizar a conversão em verdades absolutas de ideias construídas historicamente e sua interferência para a constituição do modo como os indivíduos percebem a si mesmos e aos demais. A ciência é movida pela dúvida e pela revisão constante das teorias; reger o próprio comportamento por critérios científicos, abstendo-se de avaliações críticas, como propõe a maioria das notícias analisadas, significa viver ao sabor das incertezas, embora a ideia passada seja a garantia de um futuro saudável.

As máximas da vida saudável, consolidadas no senso comum, chamam a atenção pela centralidade atribuída ao poder individual. É como se não houvesse justificativa aceitável para o adoecimento, pois a saúde dependeria principalmente da força de vontade para autodisciplinar-se. Aquele que adoce pode ser visto como fraco, e essa sentença social recai sobre o indivíduo com efeito moral: o autocuidado é um dever, posto que a doença sobrecarrega todo o sistema social. Dever “quase religioso”, imperativo ético reforçado pelos discursos das mais variadas instituições públicas e privadas, ultradivulgado pelos meios de comunicação, reproduzido e aceito em todos os espaços sociais.

As regras sociais em vigor exigem do indivíduo autoaperfeiçoamento e autocuidado, no sentido de domínio do próprio corpo e desejos, de aprimoramento da personalidade pelas restrições e pela organização da vida cotidiana. Autoaperfeiçoamento secular e instrumental,

porém baseado em práticas tradicionais recicladas com o objetivo de alcançar a saúde ótima. Nessa nova mentalidade, cuja racionalidade é terapêutica e tende, agora, ao neurocientífico, a saúde e o bem-estar, que eram meios, tornaram-se finalidade de vida, como aconteceu com o trabalho para os puritanos. Embora haja um componente coercitivo da conduta no apelo ao autocuidado, pois o comportamento deve ser objeto de forte intervenção, é como se o poder de prolongar a vida e manter a saúde estivesse apenas nas mãos de cada um. Poder reforçado pelas crenças disseminadas pela medicina, a psiquiatria, a neurociência, a autoajuda dentro das empresas e mídias. Esse poder seria o prêmio psicológico para a mudança de hábitos. Longevidade, bem-estar e poder pessoal são recompensas subjetivas para a autodisciplina alimentar, corporal e psíquica, exigida pela vida saudável.

Enfim, autocuidado e *gestão de si* misturam-se, hoje, num ideal de conduta racional correta que levaria ao sonho de uma *saúde perfeita* e de um *self perfeito*. Doenças e velhice tornaram-se inaceitáveis socialmente, são sobrepesos sociais, daí a relevância que o termo longevidade adquiriu. A longevidade substituiu a imortalidade no além ou a imortalidade da participação na vida pública por um imaginário de imortalidade corporal real. A única utopia pela qual vale a pena lutar parece ser o prolongamento da vida individual, como foi apontado por diversos autores utilizados neste texto. Haveria aí certa ilusão de que esticando cronologicamente a vida, seriam aumentadas as chances de ser feliz, de obter satisfação plena, sucesso e autorrealização. Contraditoriamente, o momento a ser vivido intensamente é adiado para um sonhado futuro de longevidade, construído no presente por meio de árduo trabalho terapêutico sobre si mesmo, muito embora as evidências mostrem que, a despeito do esforço exaustivo de autocuidado e *gestão de si*, as condições de vida futura nas sociedades contemporâneas, sobretudo dos idosos, tendem a piorar socialmente (aposentadoria cada vez mais tarde; maior gasto individual com saúde proporcional ao aumento da idade; alto custo de cuidadores profissionais e ausência de instituições geriátricas públicas em sociedades que tendem a abrir mão da descendência biológica ou nas quais os índices demográficos decrescem). Ao contrário do que vem sendo insistentemente divulgado, seria possível afirmar que não é doente quem quer, mas é saudável quem pode. Evidentemente, os hábitos saudáveis são relevantes, porém não solucionam problemas estruturais contemporâneos que são, por si, causadores de doenças.

Referências

- ANDRADE, D. P. (2011).** *Paixões, sentimentos morais, emoções*: uma história do poder emocional sobre o homem econômico. Tese de doutorado em Sociologia. São Paulo: USP.
- _____. (2012). *Inteligência emocional*: de desenvolvimento pessoal ao controle do trabalho. Trabalho apresentado no 36º Encontro Anual da ANPOCS. GT 31 - Saúde, emoção e moral. Águas de Lindoia, São Paulo: ANPOCS. Acesso em 06 mai. 2014. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8213&Itemid=76>
- AZIZE, R. L. (2010).** *A nova ordem cerebral*: a concepção de “pessoa” na difusão neurocientífica. Tese de doutorado em Antropologia Social. PPGAS. Museu Nacional. Rio de Janeiro: UFRJ.
- ATKINSON, W. (1910).** *A mente e o corpo*. São Paulo: Pensamento.
- BANCO MUNDIAL (1993).** *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993*: Investindo em Saúde. São Paulo: FGV.
- BARROS, N. F. (2000).** *Medicina Complementar*: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume.
- BECK, U. (1997).** A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. (1997). *Modernização Reflexiva*: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: UNESP.
- BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, E. (2002).** *Individualization*: institutionalized individualism and its social and political consequences. London: Sage publications.
- BECKER, H. (2008).** *Outsiders: estudos da sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- BELLAH, R. N. et al. (1996).** *Habits of the heart*: individualism and commitment. Berkeley: University of California Press.
- BOLTANSKI, L. (2004).** *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. (2009) [1999].** *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- BOURDIEU, P. (2003).** Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, R. (org.). *A sociologia de Pierre Bourdieu*, São Paulo: Olho D'água.
- _____. (2007). *A distinção*: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk.
- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. (2006).** A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul.-set. 2006, p. 623-647.
- BRUBAKER, R. (1984).** *The limits of rationality*: an essay on the social and moral thought of Max Weber. London: George Allen & Unwin.

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

CAMPBELL, C. (2001). *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno*. Rio de Janeiro: Rocco.

CAPONI, S. (2009). A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.59-82.

CARVALHO, S. R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 93(3), p. 669-678.

CASTEL, R. (1987). *A gestão dos riscos: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

CASTIEL, L. (2009). Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.83-100.

CASTIEL, L. et al. (2010). *Correndo o risco: uma introdução aos riscos de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

COHN, G. (2006). Apresentação: o sentido da ciência. In: WEBER, M. (2006). *A “objetividade” do conhecimento nas Ciências Sociais*. São Paulo: Ática.

COSTA, J. F. (2005). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.

COURTINE, J. (1995). Os stakhanovistas do narcisismo: body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT’ANNA, D. B. (org). (1995). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade.

CRAWFORD, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. In: *International Journal of Health Services*, Volume 10, Number 3, p. 365-388.

CZERESNIA, D. (2004). Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de. Saúde Pública*, Mar./Abr. 2004, vol.20, n. 2, p.447-455.

_____. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.43-58.

DEJOURS, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Vol. 14, n. 54, São Paulo, p. 7-11.

DOUGLAS, M. (1996). Cuestiones morales em la aceptabilidad del riesgo; Percepción del riesgo. In: _____. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.

EDITORA TRÊS. (2013). Informações sobre ISTOE. Disponível em: <http://editora3.terra.com.br/istoe.php>

EHRENBERG, A. (2004). Depressão: doença da autonomia? *Ágora*, Rio de Janeiro, Vol.7, N.1, jan-jun 2004, p.143–153.

_____. (2009). O Sujeito Cerebral. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, Vol.21, n.1, p.187–213.

_____. (2010a). *O culto da performance*: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Aparecida: Ideias e Letras.

_____. (2010b). *The weariness of the self*: diagnosing the history of depression in the contemporary age. London: McGill-Queen's University Press.

ELIAS, N. (1994). *O processo civilizador*: uma história dos costumes. V. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

ÉPOCA (2007). *Mídia-kit ÉPOCA 2007*. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <http://www.fxmidias.com.br/infomidias/info/revistas/EDGLOBO/PERFIL_EDGLOBO_2007.pdf>

_____. (2011). *Meditação é o remédio*. ÉPOCA online, 04/04/2011. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI222969-15257,00-MEDITACAO+E+O+REMEDIO.html>>

_____. (2012). *Mídia-kit ÉPOCA 2012*. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://www.fxmidias.com.br/v02/infomidias/info/revistas/EDGLOBO/epoca/Midia%20Kit%20Epoca.pdf>>

_____. (2013). *Edições anteriores*. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://revistaepoca.globo.com/edicoes-antteriores/>>

FEATHERSTONE, M. (1991). The body in consumer culture. In: FEATHERSTONE, M.; HEPWORTH, M.; TURNER, B.S. (1991). *The body: social process and cultural theory*. London: Sage publications. p.170-196.

FLECK, M. P.; SKEVINGTON, S. (2007). Explicando o significado do WQOQOL-SRPB. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl. 1, p. 146-149. São Paulo. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/146.html>>

FOLHA DE S. PAULO (2011). Brasil ainda sofre com falta de saneamento básico, aponta IBGE. *Cotidiano*. 29 abr. 2011. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/908789-brasil-ainda-sofre-com-falta-de-saneamento-basico-aponta-ibge.shtml>>

_____. (2012a). Serviço de saneamento básico é precário em todo o Brasil, diz pesquisa. *Cotidiano*. 26 ago. 2012. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1138273-servico-de-saneamento-basico-e-precario-em-todo-o-brasil-diz-pesquisa.shtml>>

_____. (2012b). Vetada em concurso público por ter tido câncer vai à justiça. *Cotidiano*. 13 dez. 2012. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1200437-vetada-em-concurso-publico-por-ter-tido-cancer-vai-a-justica.shtml>>

_____. (2014). Decisão expõe fratura na relação entre médico e paciente. *Cotidiano*. 03 abr. 2014. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/159617-decisao-expoe-fratura-na-relacao-entre-medico-e-paciente.shtml>>

FONSECA, M. A. (2009). Max Weber, Michel Foucault e a história. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). (2009). *Para uma vida não-fascista*. Belo Horizonte: Autêntica.

FOUCAULT, M. (1982). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 4ª edição.

_____. (1995). O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249.

_____. (2004a). Tecnologias de si. In: *Verve*, n. 6, p. 321-360.

_____. (2004b). A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: _____. *Ditos e Escritos V: Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 264-287.

_____. (2006). Omnes et singulatim: uma crítica da razão política. In: _____. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.355-385

_____. (2007a). *História da sexualidade I - A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (2007b). *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (2008a). Aula de 14 de março de 1979. In: _____. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2008b). Aula de 1 de março de 1978. In: _____. *Segurança. Território e População*. São Paulo: Martins Fontes.

FREITAS, C. M. (2009). A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.43-58.

GAULEJAC, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida: Ideias e Letras

GOMES, I. M. (2008). *Conselheiros contemporâneos: educação para um indivíduo saudável*. Tese de Doutorado. Departamento Interdisciplinar de Ciências Humanas. UFSC. Florianópolis.

GORDON, C. (1987). The Soul of the Citizen: Max Weber and Michel Foucault on Rationality and Government. In: WHIMSTER, S.; LASCH, S. (eds.). *Max Weber, rationality and modernity*. United Kingdom: Allen & Unwin, p.293-316. Versão traduzida por Fabiana Jardim, com permissão do autor, para circulação no *Seminário Internacional Max Weber e Michel Foucault: possíveis convergências*, São Paulo, 20 a 24 de maio de 2013.

ILLOUZ, E. (2008). *Saving the modern soul: therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

_____. (2011). *O amor nos tempo do capitalismo*. Rio de Janeiro: Zahar.

ISTOÉ (2002). ISTOÉ 19/02/2002 *Editorial 30 vezes Três* – edições anteriores online.

Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/28441_30+VEZES+TRES>. Acesso em 26 mai. 2014.

_____. (2013a). *Mídia-kit ISTOE 2014*. Editora Três. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <http://editora3.terra.com.br/downloads/midiakit_istoe.pdf>

_____. (2013b). *Edições anteriores*. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.istoe.com.br/revista/edicoes-antteriores/>>

JORNAL NACIONAL [online]. (2010). Pesquisa mostra saneamento básico deficiente no Brasil. 20 ago. 2010. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2010/08/pesquisa-mostra-saneamento-basico-deficiente-no-brasil.html>>

KEHL, M.R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.

LASCH, C. (1983) [1979] *A Cultura do Narcisismo: A vida americana numa época de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1990). *O mínimo Eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. Brasiliense, São Paulo.

LAURENS, A. (2008) [1597]. História de alguns melancólicos que tiveram estranhas imaginações, p. 137-141. (*Discours de la conservation de la vue, des maladies melancholiques, des catarrhes, & de la vieillesse*, Paris: Jamet Mettayer, 1597). Tradução de Paulo José Carvalho da Silva. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 11, n. 2, junho 2008, p. 298-300.

LE BRETON, D. (2008). *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus.

LÓPEZ-RUIZ, O. J. (2004). *O ethos dos executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo*. Tese de doutorado em Ciências Sociais. Campinas: UNICAMP.

LUPTON, D. (1993). Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. In: *Internacional Journal of Health Services*, vol. 23, no. 3, p. 425-435.

_____. (1999). *Risk*. London: Routledge.

_____. (2003). Alternative therapies and self-help groups: challenging medical dominance? In: *Medicine as culture: illness, disease and body western societies*. London: Sage publications. P. 135-141.

LUZ, M. T. (2004). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec.

_____. (2005). *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre as racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec.

MARTINS, V. L. (2008). *Circulação de valores de saúde e bem-estar na mídia semanal: estudo dos percursos discursivos*. Dissertação de Mestrado. Comunicação e Semiótica. PUC. São Paulo.

MINAYO, M. C. S. et al. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002>

MITJAVILA, M. (2002). O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social*. Revista de Sociologia da USP. São Paulo: USP, n. 14, v. 2, p. 129-145.

MONTANARI, M. (2003). *A fome e a abundância: história da alimentação na Europa*. Bauru: EDUSC.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). *O que é vida saudável*. Álbum Seriado série F - comunicação e educação em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Departamento de Atenção Básica (DAB). Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília – DF. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015495.pdf>>

_____. (2006a). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*. Vol 15, n.3, Brasília, set. 2006. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=es>

_____. (2006b). *Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis*. Secretaria da Vigilância em Saúde. Brasília-DF. Acesso em 30 mai. 2010. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>

_____. (2006c). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude e ampliação de acesso*. Secretaria de Atenção à Saúde. DAB. Brasília. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>>

_____. (2006d). *Diretrizes operacionais para o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>

_____. (2007). *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS. DF. Acesso em 28 mai. 2011. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2006_brasil.pdf>

_____. (2008). *Seminário SUS 20 Anos: desafios para a informação e comunicação em saúde*. 10 e 11 nov. 2008. Biblioteca de Ciências Biomédicas – Fiocruz, Manguinhos, Rio de Janeiro- RJ. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2766>>, acesso em 06 mai. 2014.

_____. (2009). *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS. DF. Acesso em 28 mai. 2011. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/25/vigitel_2007_isbn_web.pdf>

_____. (2010a). *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS. DF. Acesso em 28 mai. 2011. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/25/vigitel_2008_web_isbn.pdf>

_____. (2010b). *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS. DF. Acesso em 28 mai. 2011. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2009_preliminar_web_20_8_10.pdf>

_____. (2010c). *Acesso à medicina não convencional cresce no SUS*. Portal da Saúde. Notícias. 04 de jan. 2010. Acesso em 15 jun. 2011. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11001>

_____. (2010d). *Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Portal Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1477>

_____. (2011). *Vigitel Brasil 2010*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS. DF. Acesso em 28 mai. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>

_____. (2012a). *Orientações para implantação de ações/serviços de PNPI*C. Portal da Saúde. DAB. Saúde da Família. Práticas Integrativas e Complementares. Acesso em 28 mai. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/orientacoes_implantacao.php>

_____. (2012b). *Ação contra obesidade infantil atingirá 50 mil escolas*. Portal da Saúde. Notícias. 23 de jan. 2012. Acesso em 28 mai. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4052/162/acao-contra-obesidade-infantil-atingira-50-mil-escolas.html>>

_____. (2012c). *Vigitel Brasil 2011*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS. DF. Acesso em 28 mai. 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Dez/18/vigitel_2011_final_18_12_12.pdf>

_____. (2013). Autocuidado. *Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB)*. Cidadão>autocuidado. Acesso em 21 jul. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>>

NAHAS, M.V. et al. (2000). O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2000; 5(2):48-59.

OLIVEIRA, C. C. (2006). Ser sóbrio e racional: os usos ambíguos da razão na literatura dietética dos primórdios das luzes inglesas. In: *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 83-99.

OMS - Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. I Conferência Internacional sobre Saúde Primária. Set. 1978. Alma Ata-URSS. World Health Organization (WHO). Acesso em 28 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>

_____. (1986). *Carta de Ottawa*. I Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde. Nov. 1986. Ottawa, World Health Organization (WHO). Acesso em 28 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>

_____. (1995). WHOQOL-100. Genebra, World Health Organization (WHO). Acesso 28 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/acrobat/whoqol.pdf>>

_____. (1998a). *WHOQOL-100 1998 (versão em português)*. Porto Alegre, World Health Organization (WHO). Acesso 28 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>>

_____. (1998b). *Relatório de saúde mundial: A vida no século XXI, uma visão para todos. (The World Health Report)*. World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/previous/en/>>. Acesso: 26 mai. 2014.

_____. (2002a). *Relatório de estratégias sobre medicinas tradicionais 2002-2005*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/trm-strat-span.pdf>>

_____. (2002b). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Relatório mundial de saúde. *(The World Health Report)*. World Health Organization. Lisboa. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso: 07 set. 2013.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (2010). *Doenças Crônicas. Conceito*. Organização Pan-americana de Saúde. Brasil. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=569&Itemid=259>

_____. (2011). *Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis* (DCNT). Organização Pan-americana de Saúde. Brasil. Acesso 28 mai. 2012. Disponível em:

http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=2337&Itemid=259

_____. (2012). *Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países*. Washington: OPAS.

ORTEGA, F. (2008). Do corpo submetido à submissão ao corpo. In: *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 18-53.

_____. (2009a). Elementos para uma história da neuroascese. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p. 621-640. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/03.pdf>>

_____. (2009b). Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.31, pp. 247-260. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a02v1331.pdf>>

PIERUCCI, A. F. (1998). O sexo como salvação neste mundo: a erótica weberiana nos ensaios reunidos de sociologia da religião. *VIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas na América Latina*. Mesa Redonda "Reacessando Max Weber: desencantamento ou reencantamento?". Centro Universitário Maria Antônia, São Paulo, 22 a 25 set. 1998.

PORTAL BRASIL. (2011). *Maioria dos estados brasileiros adota leis antifumo*. 31/05/2011. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/maioria-dos-estados-brasileiros-adota-leis-antifumo>>

PRADO, J. L. A. (2007). *A invenção do mesmo e do outro na mídia impressa semanal*. Grupo de Pesquisas em Mídia Impressa – 1 dia, 7 dias. CD-ROM. Programa de Estudos Pós-graduados em Comunicação e Semiótica da PUC-SP. ISBN 978-85-908601-0-5.

PUBLIABRIL. (2013). *Revistas. Circulação geral*. Editora Abril. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.publiabril.com.br/marcas/veja/revista/informacoes-gerais>>

RABINOW, P.; ROSE, N. (2006). O conceito de biopoder hoje. In: *Revista Política e Trabalho*. n. 24, abr. de 2006, p. 27-57.

RIEFF, P. (1987). *O triunfo da terapêutica*. São Paulo: Brasiliense.

RIZZOTTO, M. L. F. (2000). *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese de doutorado em Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.

ROSE, N. (1989). *Governing the soul: The Shaping of the Private Self*. London: Free Association Books. 2ª. Edição.

_____. (1999). Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu da

(org.). *Liberdades reguladas*. Petrópolis: Vozes, p.30-45.

_____. (2010). Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], vol. 20, n. 1, Rio de Janeiro. p. 301-324.

_____. (2011)[1996]. *Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade*. Petrópolis: Vozes.

_____. (2013)[2007]. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus.

ROSZAK, T. (1972). *A contracultura: reflexões sobre a sociedade tecnocrática e a oposição juvenil*. Petrópolis: Vozes.

RÜDIGER, F. (1996). *Literatura de Auto-ajuda e individualismo: Contribuição ao estudo da subjetividade na cultura de massa contemporânea*. Porto Alegre: Universidade/UFRGS.

SCHLUCHTER, W. (1984). The paradox of rationalization: on the relation of ethics and world. In: ROTH, G., SCHLUCHTER, W. *Max Weber's vision of history*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

_____. (2011). *Paradoxos da Modernidade: cultura e conduta na teoria de Max Weber*. São Paulo: UNESP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – CURITIBA. (2012). *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde*. Acesso em 01 jul. 2013. Disponível em:
<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>>

SENNET, R. (2006). *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.

SESI. (2010a). *Lazer ativo. lazer, estilo de vida e saúde do trabalhador da indústria*. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em:

<http://www.confef.org.br/revistasWeb/n29/08_LAZER_ESTILO_SAUDE.pdf>

_____. (2010b). *Pentáculo do bem-estar para sua empresa*. Acesso em 30 mai. 2010. Disponível em:

<<http://www.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumChannelId=8A9015D01B93E44D011B996639D37BD6>>

_____. (2010c). *Bem-estar. Soluções para uma vida saudável*. Acesso em 30 mai. 2010. Disponível em:

<<http://www.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumPageId=8A90153D14DB3C990114DB64C9242486>>

_____. (2010d). *Promoção à saúde e prevenção de doenças*. Acesso em 30 mai. 2010. Disponível em:

<<http://www.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumChannelId=8A90153D14DB3C990114DB9E9CFC7B52>>

_____. (2010e). *Por que escolher o Sesi?*. Acesso em 30 mai. 2010. Disponível em:

<<http://www.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumChannelId=8A90153D14DB3C990114FEE2C2EC200D>>

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

- SILVA, P.J.C. (2004).** Um só regime para o corpo e a alma: os tratados de Luigi Cornaro (1467-1566) e Leonard Lessius (1554-1623). *Memorandum*, 7, 88-101. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos07/silva02.htm>>. Acesso 26 mai. 2014.
- _____. (2006). Saúde e conhecimento psicológico na França do século XVII. *Memorandum*, 10, 33-44. Acesso 15 nov. 2012. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/silva03.htm>>
- _____. (2008). O impossível regime das paixões da alma. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 119-133, março 2008. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a12v11n1>>
- SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. (2004).** Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.5, Rio de set./Out, p. 1354-1360. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>>
- SUDO, N. (2004).** *Diga-me quanto pesas e te direi quanto vales*: um estudo sobre representações do gordo em revistas contemporâneas. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
- SUPERINTERESSANTE.** *Meditação*, outubro de 2003. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/so-respirar-444172.shtml>>
- TAYLOR, C. (1997).** *As fontes do self*: a construção da imagem moderna. São Paulo: Loyola.
- TURNER, B. S., (1989).** *El cuerpo y la sociedad*: Exploraciones en teoría social. México: Fondo de cultura econômica.
- _____. (1991). The discourse of diet. In: FEATHERSTONE, Mike; HEPWORTH, Mike; TURNER, Bryan S. (orgs). *The body: social process and cultural theory*. p. 157-160. London: Sage.
- _____. (2004). *The rationalization of the body*: reflections on modernism and discipline. In: BLAIKIE, Andrew et al. *The Body: critical concepts in sociology*. Body history vol. II. London and New York: Routledge.
- UOL (2014).** Educação. *Professora teve contrato indeferido pelo Estado de SP por obesidade*. 11/03/2014. Acesso em 03 abr. 2014. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/noticias/2014/03/11/professora-teve-contrato-indeferido-pelo-estado-de-sp-por-obesidade.htm>>
- VEJA. (2009).** *Perguntas e respostas sobre depressão*. VEJA online. Jan. 2009. Acesso em 07 mai. 2014. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/perguntas_respostas/depressao/sintomas-diagnostico-tratamento-doenca.shtml>
- _____. (2012). *Meditação muda a forma de reagir a emoções*. VEJA online 14/11/2012. Acesso em 04 out. 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/meditacao-ganha-enfim-aval-cientifico>>
- _____. (2013a). *Acervo digital*. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/acervodigital/>>
- _____. (2013b). *Meditação ganha, enfim, aval científico*. VEJA online 07/07/2013. Acesso

em 13 ago. 2013. Disponível em:

<<http://veja.abril.com.br/noticia/ciencia/meditacao-muda-a-forma-de-reagir-a-emocoes>>

VIGARELLO, G. (2008a). Exercitar-se, jogar. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.;

VIGARELLO, G. (2008). *História do corpo*. 1. Da Renascença às luzes. Petrópolis: Vozes. p. 303-399.

_____. (2008b). Treinar. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. (2008).

História do corpo. 3. As mutações do olhar – O século XX. Petrópolis: Vozes. p. 197-250.

VIGARELLO, G.; HOLT, R. (2008). O corpo trabalhado: ginastas e esportistas no século XIX. In: *História do corpo* – 2. Da Revolução à Grande Guerra. Petrópolis: Vozes. p. 393-478.

VIGARELLO, G.; PORTER, R. (2008). Corpo, saúde e doença. In: CORBIN, A.;

COURTINE, J.; VIGARELLO, G. (2008). *História do corpo* - 1. Da Renascença às luzes.

Petrópolis: Vozes. p. 441-486.

WEBER, M. (1973). Classe, Status e Partido. in VELHO, G. O. (org). *Estrutura de Classes e Estratificação Social*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____. (1992). *Ensayos sobre sociologia de la religion, I*. Madrid: Taurus Humanidades.

_____. (1993). A ciência como vocação. In: *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo: Cultrix.

_____. (2002). Sociologia da imprensa: um programa de pesquisa. In: *Lua Nova - Revista de Cultura e Política (online)*, nº 55-56. p. 185-194. Acesso em 26 mai. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452002000100008>

_____. (2004a). *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo*. São Paulo: Cia. das letras.

_____. (2004b). *Economia e sociedade*. Vol. I. Brasília: UNB.

_____. (2006a). *A “objetividade” do conhecimento nas Ciências Sociais*. São Paulo: Ática.

_____. (2006b). Consideração intermediária. In: _____. *Sociologia das religiões e consideração intermediária*. Lisboa: Relógio D’água.

WILLIAMS, S.J.; BENDELOW, G. (1997). Emotion, health and illness: the ‘missing link’ in medical sociology? In: JAMES, V.; GABE J. *Health and the Sociology of Emotions*. London: Willey-Blackwell. p. 25-53.

ANEXO I – Capas sobre saúde e bem-estar – VEJA, ISTOÉ e ÉPOCA - 1988-2011

1. Capas sobre saúde e bem-estar ISTOÉ e VEJA - 1988-1998 – total VEJA=52; ISTOÉ=51

Rev.	Data	Título
I	13/1/1988	Henfil – 1944-1988 especial AIDS
I	9/3/1988	A geração dos super remédios – farmacologia do futuro chega ao Brasil (MS rompe recesso e libera a 1ª amostra remédios)
I	25/5/1988	Perigos do esporte infantil
I	14/9/1988	AIDS, pânico e preconceito
I	9/8/1989	A saúde por um fio
I	24/4/1991	Cólera: a epidemia já chegou e ameaça infectar 3 milhões de brasileiros
I	26/6/1991	A doação da vida – Maria José recebeu rim e saiu da fila de transplantes
I	22/1/1992	Impotência – médicos americanos descobriram o caminho da cura (não é Viagra, descobriram que é falta de ácido nítrico)
I	25/11/1992	O segredo da longa vida
I	24/2/1993	Remédios fajutos (má fé, incompetência, ignorância põem em isco a saúde do brasileiro)
I	9/6/1993	Feliz meia idade
I	7/7/1993	Genoma – A chave da vida – até 2005, graças a genética, o homem ao nascer saberá seu destino
I	19/1/1994	40% dos brasileiros jamais compraram preservativos
I	16/2/1994	Abaixo o regime – novo cardápio rico em açúcar e calorias derruba mito da geração saúde e liberta gordinhos
I	27/4/1994	Câncer – a vitória da vida
I	7/12/1994	Mulher e AIDS – eu passo AIDS
I	1/3/1995	Executivos drogados
I	22/3/1995	AIDS – a cobaia
I	26/4/1995	Em busca do corpo perfeito cresce procura por cirurgia plástica
I	28/6/1995	Fui demitido porque tenho AIDS
I	26/7/1995	O doutor errou, e agora? (medicina)
I	9/8/1995	Cuidado – o trabalho mata – teste seu nível de stress e conheça as receitas para enfrentar tensões
I	20/9/1995	Remédios que matam – para emagrecer
I	8/11/1995	O cérebro - o homem começa a desvendar mistérios do cérebro
I	7/2/1996	Maconha
I	17/4/1996	A gravidez do rei (Pelé) – novas técnicas de fertilização
I	1/5/1996	Coração de mulher – doenças cardíacas triplicam em 20 anos e atingem mulheres cada vez mais jovens
I	30/10/1996	A cura alternativa – quando a ciência tradicional falha, a solução pode estar na homeopatia
I	20/11/1996	Como livrar seus filhos das drogas? (dicas, os sintomas, etc.)
I	1/1/1997	Jovem sempre – as pesquisas da ciência para retardar o envelhecimento - especial
I	8/1/1997	O drama de Maluf – o histórico da doença que ameaça a carreira política do ex-prefeito
I	29/1/1997	Câncer – perto da cura
I	5/3/1997	Fábrica de gente – depois de copiar uma ovelha, pesquisadores podem duplicar seres humanos
I	14/5/1997	Vícios da mulher – álcool, moderadores de apetite, pílulas para dormir, antidepressivos
I	28/5/1997	Curandeiros – por que cada vez mais os brasileiros são atraídos por curas milagrosas

I	20/8/1997	A história do maior processo contra a indústria tabagista no Brasil
I	18/2/1998	Alcoolismo
I	25/2/1998	A OMS adverte: maconha é menos prejudicial que álcool e tabaco
I	18/3/1998	A vida sem rugas – do laser à manipulação genética, tratamentos e tecnologias que estão chegando
I	25/3/1998	Com AIDS, mas de bem com a vida
I	13/5/1998	O câncer e a cura
I	27/5/1998	A pílula da potência (VIAGRA)
I	3/6/1998	A fé que cura – a ciência explica por que os otimistas e os que crêem vencem as doenças
I	1/7/1998	Perigo! Doença mata 5 pessoas em S. Paulo – cientistas descobrem 186 novos vírus na Amazônia.
I	8/7/1998	Felicidade faz bem - Vida melhor – como superar tensões e angústias; dieta para evitar doenças; a receita cidade saudável
I	15/7/1998	Eu vi a cara da morte – relatos fascinantes de quem foi declarado clinicamente morto pelos médicos
I	12/8/1998	Emagreça sem sofrer (<i>Xenical</i>) – como agem os novos remédios que eliminam a gordura e reduzem
I	9/9/1998	Meditação como usar essa técnica milenar para vencer a crise
I	23/9/1998	“Por favor, eu quero me tratar” – vício em crack
I	30/9/1998	Ervas milagrosas – a ciência confirma a eficácia dos remédios naturais no combate a doenças
I	14/10/1998	Sexo faz bem à saúde – novas pesquisas mostram que o prazer no cama previne infarto e depressão
V	10/2/1988	Coluna: um combate à dor
V	25/5/1988	Porque o cigarro vicia?
V	10/8/1988	Aids – os que vão morrer contam sua agonia
V	19/10/1988	Dor de cabeça – os novos avanços para um velho mal
V	7/12/1988	Planos de saúde
V	26/4/1989	Cazuza, uma vítima da AIDS agoniza em praça pública
V	24/1/1990	A volta da alegria de comer: ciência derruba mitos do açúcar, sal e colesterol – saúde capa
V	14/2/1990	Jovens em perigo – sociedade (drogas, morte da modelo)
V	2/5/1990	Erros médicos (morte do zagueiro Wagner do Coritiba)
V	25/7/1990	Em busca da juventude – como a ciência prolonga e melhora a vida
V	21/11/1990	Inteligência – a ciência desvenda mistérios da mente e mostra que é possível aumentar seu poder
V	27/3/1991	Drogas – o traficante está na sala de aula
V	13/11/1991	Aids – o vírus pega o Pelé do basquete – Magic Johnson
V	20/1/1993	A conquista do sono
V	30/6/1993	Vitaminas – o poder das superdoses
V	18/8/1993	Os médicos pedem socorro
V	25/8/1993	Mulheres e AIDS – Sandra Brea (saúde)
V	10/8/1994	Morte digna (eutanásia)
V	21/12/1994	Gordura – as novidades da medicina para ficar magro comendo bem (especial)
V	1/2/1995	As drogas devem ser legalizadas?
V	22/3/1995	Viva a diferença – ciência mostra o papel do cérebro no comportamento do homem e da mulher
V	10/5/1995	UTI – o corredor da morte (medicina)
V	21/6/1995	A saúde como herança – genética descobre como prevenir doenças
V	5/7/1995	A batalha começa aos 40 – hormônios, ginástica, cosméticos, como as mulheres estão enfrentando a menopausa
V	23/8/1995	A construção da beleza (malhação, plástica, etc.)

V	13/9/1995	Gravidez – os limites da medicina para ajudar os casais que não conseguem ter filhos
V	27/9/1995	Infarto – um guia para se prevenir- o bom e o mau colesterol
V	18/10/1995	Os segredos da boa forma – avaliação de 30 esportes e o que eles podem fazer por seu corpo
V	20/3/1996	Como funciona o cérebro das crianças
V	17/4/1996	Câncer – a doença que mata 91000 brasileiros por ano, os tumores mais letais, o que fazer para prevenir
V	8/5/1996	A medicina cara – como escolher seu plano de saúde
V	29/5/1996	Cigarro – a indústria mistura amônia no tabaco para aumentar a dependência dos fumantes
V	10/7/1996	Aids – mais perto da cura
V	27/11/1996	Gordura tem remédio – as novas drogas que combatem a obesidade
V	8/1/1997	Prontos para o verão – como as novas técnicas de ginástica estão esculpindo os músculos
V	15/1/1997	Inteligência emocional – a nova descoberta nas empresas e escolas
V	26/2/1997	Stress, como conviver com ele
V	5/3/1997	A revolução de Dolly – já é possível clonar o ser humano
V	28/5/1997	Da cervejinha ao alcoolismo – um mergulho no mundo da dependência
V	17/9/1997	Eu fiz aborto – o depoimento das mulheres e o debate no Brasil
V	24/9/1997	O golpe nos gordos – a condenação dos remédios para emagrecer, o que vem aí contra a gordura
V	22/10/1997	Planos de saúde (Em busca da cura paga)
V	4/2/1998	O medo da balança - O feitiço do corpo ideal: insatisfação com a auto-imagem e luta contra a gordura
V	1/4/1998	A pílula milagrosa – foi aprovado o remédio que resolve até 80% da impotência
V	13/5/1998	Câncer no rumo da cura – drogas que eliminam o câncer em ratos vão ser testadas em humanos.
V	27/5/1998	Eles precisavam morrer? Como as drogas estão matando os jovens e o que os pais podem fazer
V	8/7/1998	E se o remédio for falso?
V	22/7/1998	Crise nervosa – stress, depressão, ansiedade e pânico – o caso Ronaldinho - Comportamento sob pressão
V	19/8/1998	O poder da mente: como desenvolver o cérebro
V	21/10/1998	Comer sem engordar - chegou a pílula que reduz 30% das gorduras (<i>Xenical</i>)
V	28/10/1998	Peguei AIDS do meu marido
V	16/12/1998	Um gênio em casa – a revolução das crianças na era da informação desconcerta pais e educadores

2. Capas sobre saúde e bem-estar ÉPOCA - maio a dezembro 1998 – total = 6

Rev.	Data	Título
E	15/6/1998	Droga nas escolas
E	20/7/1998	Os filhos da ciência (bebês de proveta)
E	24/8/1998	Planos de saúde – basta de abusos
E	21/9/1998	O resgate da juventude
E	2/11/1998	Corpinho de verão
E	30/11/1998	Salvo antes de nascer (cirurgias intrauterinas)

3. Capas sobre saúde e bem-estar - VEJA, ISTOÉ e ÉPOCA – 1999-2011

3.1. Nutrição e sedentarismo – totais: E=25; I=42; V=20

3.1.1. Nutrição (alimentação, obesidade, medicamentos para emagrecer)

totais: E =21; I=27; V=16

Rev.	Data	Título
E	21/6/1999	O perigo ronda a mesa – alimentos contaminados
E	21/8/2003	Obesidade zero
E	16/1/2004	Viva leve
E	15/7/2004	Síndrome da barriga
E	2/2/2005	A dieta do DNA
E	12/4/2005	Os gurus da dieta
E	3/11/2005	O segredo dos magros
E	23/3/2006	A bilionária e confusa indústria da dieta
E	9/6/2006	Vegetarianismo chique
E	5/5/2008	Colesterol
E	15/9/2008	Perigo! Batata frita
E	28/2/2009	Obesidade
E	16/5/2009	Comer bem para viver melhor
E	25/7/2009	Quando a dieta vira doença
E	29/8/2009	Alergia a comida
E	2/4/2010	Gordura vicia?
E	24/7/2010	Viva melhor com menos sal
E	26/2/2011	Como ensinar as crianças a comer direito
E	26/3/2011	O cachorro vegetariano
E	30/4/2011	Açúcar mata?
E	16/7/2011	Emagreça sem tomar remédios
I	13/1/1999	Dietas da moda
I	7/4/1999	Alimentos que curam
I	21/7/1999	Não morra pela boca
I	6/10/1999	Dieta nunca mais
I	1/12/1999	A nova pílula do emagrecimento
I	20/6/2001	Cuidado! Em busca do equilíbrio, a eficácia das vitaminas gera polêmica
I	11/7/2001	Doce perigo
I	17/4/2002	Vire a mesa
I	30/7/2003	Guerra à gordura
I	10/9/2003	Escolha sua dieta
I	17/2/2004	A polêmica dieta de Atkins
I	2/6/2004	Como ganhar a guerra contra o colesterol
I	21/7/2004	Dieta para manter a linha no inverno
I	6/10/2004	A dieta das estrelas (ortomolecular)
I	19/1/2005	Obesidade infantil
I	20/4/2005	10 erros que acabam com qualquer dieta
I	29/3/2006	A diferença das dietas
I	13/6/2007	A ciência do apetite
I	22/8/2007	Meu amigo o colesterol
I	14/11/2007	Cuidado! Alimentos – você está sendo enganado
I	3/9/2008	A dieta ideal – a ciência investiga como cada pessoa reage aos alimentos
I	5/11/2008	Os 7 sabotadores da dieta
I	4/3/2009	A dieta da inteligência

I	24/6/2009	57 mitos sobre sua saúde
I	23/9/2009	Dieta da sexualidade
I	10/2/2011	A boa dieta da energia
I	11/8/2011	Alimentos que emagrecem
V	19/4/2000	A guerra das dietas – o regime que proíbe carboidratos e libera o consumo de gorduras
V	28/2/2001	Dieta sem fome
V	29/10/2003	Transgênicos – o medo do novo
V	2/6/2004	Os alimentos que podem nos manter jovens por mais tempo
V	15/2/2006	A verdade sobre dieta e saúde: o que você come tem sim influência no seu bem-estar
V	30/8/2006	Açúcar: novas razões para ter medo dele. Os médicos agora sabem calcular com precisão a carga glicêmica
V	22/11/2006	A magreza que mata: a morte de uma modelo por anorexia faz soar o alarme
V	21/3/2007	Comer certo: o que fazia mal agora faz bem (ovos); a ciência da nutrição
V	20/2/2008	Saúde sem neurose
V	30/4/2008	Você é o que come? A importância da dieta equilibrada
V	27/5/2009	Emagrecer pode ser uma delícia
V	23/9/2009	Açúcar: acharam o culpado; ele é o vilão da globesidade, a epidemia mundial de obesidade
V	30/6/2010	A síndrome do fofão (obesidade infantil)
V	24/11/2010	As regras boas (e viáveis) da nutrição sadia
V	23/2/2011	Remédios para emagrecer
V	7/9/2011	Parece milagre (o novo remédio para emagrecer)

3.1.2. Sedentarismo (corpo, ginástica e emagrecimento) – totais: E=4; I=15; V=4

Rev.	Data	Título
E	10/9/2001	Mexa-se – não é preciso ser atleta p/ se beneficiar de exercícios
E	10/11/2004	Uma receita para cada corpo
E	6/1/2005	Em forma sem sofrimento
E	6/2/2010	O corpo biônico
I	12/1/2000	O corpo do futuro
I	9/2/2000	Quase um homem biônico – chips e próteses
I	29/5/2000	A febre do fitness
I	3/11/2000	Dores nas costas
I	29/1/2003	Malhação e alegria
I	16/6/2004	A febre do pilates
I	3/5/2006	Dor nas costas
I	6/6/2007	Exercício aumenta a inteligência
I	5/3/2008	Revelações do relógio biológico: melhores horários para malhar, trabalhar
I	11/3/2009	Os benefícios do correr
I	26/8/2009	Quando o exercício não emagrece
I	21/4/2010	O novo <i>fitness</i>
I	14/7/2010	Exercícios sob medida
I	27/7/2011	Corpo artificial
I	5/10/2011	A ciência do pilates
V	13/9/2000	O laboratório do corpo – as lições dos atletas sobre saúde cardíaca, peso, nutrição, longevidade
V	5/3/2003	Os limites do corpo – não é só suor, genética também determina os resultados da malhação
V	11/7/2007	Metabolismo: como regular a máquina humana
V	18/11/2009	Corpo – novo manual de uso

3.2. Dependências químicas – totais: E=16;I=9; V=6

3.2.1. Alcoolismo – totais: E=2; I=4; V=2

Rev.	Data	Título
E	30/12/2002	Por que os jovens bebem tanto
E	12/9/2011	O doutor e o álcool
I	23/1/2002	Álcool e drogas na adolescência
I	5/11/2003	Álcool – experimentar ou não experimentar
I	26/9/2007	Alcoolismo
I	2/7/2008	Beber e dirigir
V	6/12/2006	O álcool e o cérebro dos jovens
V	9/9/2009	Alcoolismo – é possível prevenir a doença sem cortar a bebida – como a medicina identifica

3.2.2. Drogas – totais: E=10; I=4; V=4

Rev.	Data	Título
E	8/5/2000	A luta pela vida (drogas)
E	19/11/2001	Eu fumo maconha (lei e droga)
E	6/5/2002	A TV contra as drogas
E	22/5/2003	<i>Ecstasy</i>
E	14/1/2008	Dancei! (drogas)
E	21/4/2008	A luta de Casagrande contra o vício
E	16/2/2009	Maconha
E	30/5/2009	"Dói ter de internar um filho. Às vezes não há outro jeito" (Ferreira Gullar)
E	12/6/2010	Como afastar os jovens das drogas
E	6/8/2011	Crack: internar à força resolve?
I	8/9/1999	Drogas: uma questão de saúde
I	4/6/2000	Filhos do crack
I	28/4/2004	Drogas, apertando o usuário
I	8/12/2010	Consumo: a parte mais difícil da luta contra as drogas
V	26/7/2000	Maconha quase liberada
V	9/1/2002	Drogas – mais uma vítima (Cassia Eller)
V	28/10/2009	Cocaína – quem cheira mata (crime organizado no Rio)
V	22/6/2011	As prisioneiras do Crack

3.2.3. Tabagismo – totais: E=4; I=1; V=0

Rev.	Data	Título
E	5/4/1999	Cigarro, a hora de parar
E	12/6/2000	Cruzada contra o cigarro avança no Brasil
E	5/6/2003	Como parar de fumar
E	5/12/2011	Como parei de fumar
I	7/11/2001	Cerco ao fumante

3.3. Beleza (cosmética, plástica, modelação corporal) – totais: E=12; I=15; V=18

Rev.	Data	Título
E	22/2/1999	Cirurgia plástica – vaidade não é pecado
E	9/4/2001	Cirurgia plástica – a reconstrução do corpo
E	2/7/2001	A saúde dos dentes (cai número de cáries no Brasil)
E	1/7/2002	Belas e ricas – dinheiro não compra felicidade, financia beleza
E	2/12/2002	Beleza de alto risco (sol/bronzamento)
E	6/11/2003	Beleza sob medida
E	18/3/2004	Retoque perfeito (plástica)
E	21/10/2004	Limites da Vaidade
E	28/8/2006	Por que elas querem ser tão magras
E	23/10/2006	Beleza brasileira (cirurgia plástica)
E	18/11/2006	Por dentro da mente de uma anoréxica
E	23/9/2011	Beleza no trabalho
I	19/5/1999	A pílula da celulite
I	3/5/2000	Um belo mergulho – dermatologia aprofunda conhecimentos pele - beleza
I	13/9/2000	Cirurgia plástica
I	8/5/2002	A hora de cuidar do corpo
I	19/3/2003	Cirurgia plástica
I	9/7/2003	Sorria – ilumine seu sorriso – tratamento para clarear dentes
I	8/10/2003	Nova fonte de juventude
I	4/2/2004	O país da vaidade
I	14/8/2006	As doenças da vaidade
I	22/11/2006	Moda, glamour e morte
I	3/10/2007	Os super cosméticos
I	16/1/2008	Vaidade em excesso ed 1993
I	27/2/2008	A verdade sobre a lipo
I	7/10/2009	O triunfo do laser
I	26/1/2011	100% natural (plástica com células tronco)
V	17/2/1999	Fama e beleza – plástica, malhação e outros truques das celebridades para ficar mais bonitas
V	8/3/2000	A ciência da mulher – como as descobertas da medicina e da estética tornaram a maturidade uma fase exuberante na vida das mulheres
V	17/1/2001	De cara nova (plástica)
V	28/11/2001	A ciência da boa forma
V	6/3/2002	Os exageros da plástica
V	7/1/2004	Beleza para todos
V	14/7/2004	O milagre da transformação (beleza)
V	14/12/2005	Adeus ao pneuzinho
V	5/7/2006	Pele: estava tudo errado.
V	6/2/2008	Assim é demais: como o exagero nos exercícios pode fazer mal à saúde
V	2/7/2008	Os limites da cirurgia plástica
V	29/10/2008	Corpo: a beleza perfeita
V	6/1/2010	A força do laser
V	17/2/2010	O fim do efeito sanfona
V	3/3/2010	A nova ciência da pele
V	4/8/2010	10 regras da lipo segura
V	12/1/2011	O QI da beleza
V	19/10/2011	Pronto para o verão

3.4. DCNT – totais: E= 14; I=17; V=23

3.4.1. Câncer – totais: E=7; I=7; V=8

Rev.	Data	Título
E	11/1/1999	Mulheres com câncer de mama encaram o diagnóstico e derrotam a doença
E	13/8/2001	As drogas que vencem o câncer
E	4/2/2002	Câncer de mama (Patrícia Pillar)
E	8/6/2004	O ataque ao câncer
E	10/12/2007	Como eles sobrevivem ao câncer
E	12/2/2011	Câncer x Coração
E	28/5/2011	A saúde de Dilma
I	28/4/1999	Eu venci o câncer
I	1/12/2000	Não frite no verão
I	1/8/2001	Ana Maria Braga câncer
I	14/5/2003	Corrida contra o câncer (OMS – 70% dos tumores podem ser evitados com práticas de exercícios)
I	29/10/2003	A saúde do homem
I	14/6/2006	Câncer de mama
I	9/11/2011	A grande batalha de Lula
V	31/1/2001	Câncer – a cada ano 1 milhão de brasileiros descobrem que estão com câncer
V	26/11/2003	Câncer – o que fazer para evitá-lo e as novidades de tratamento
V	17/11/2004	As vitórias contra o câncer de mama
V	18/5/2005	Câncer - não quero que ninguém tenha pena de mim Raul Cortez
V	16/1/2008	Sol: modo de usar
V	22/10/2008	Câncer de próstata
V	6/5/2009	A candidata e o câncer (Dilma)
V	9/11/2011	Os bastidores da luta de Lula contra o câncer

3.4.2. Cardiovascular e AVC – totais: E=5; I=7; V=6

Rev.	Data	Título
E	4/6/2001	Coração – descobertas protegem máquina da vida
E	12/11/2003	À prova do infarto
E	28/10/2004	Até onde aguenta o coração
E	19/4/2006	Derrame – por dentro da doença que mais mata no Brasil
E	17/7/2006	O coração reexaminado
I	17/3/1999	Coração, não deixe que ele pare
I	11/10/2000	Hipertensão – 20 milhões de brasileiros têm pressão alta, a maioria não sabe
I	17/7/2002	Eu amo meu coração
I	11/6/2003	Bate, coração
I	2/2/2005	Hipertensão
I	23/11/2005	Coração para a vida toda
I	18/5/2011	Os novos recursos para enfrentar o AVC
V	6/10/1999	A vitória do coração (as chances de sobreviver a um infarto aumentaram 5 vezes, remédios para
V	24/7/2002	A nova cartilha do coração – a prevenção às doenças cardiovasculares deve começar aos 20
V	30/7/2003	Coração – saiba exatamente qual o seu risco de ter problemas cardíacos nos próximos 10 anos
V	21/4/2004	Coração
V	29/8/2007	Paz no coração: como os remédios e as pequenas intervenções estão curando pacientes
V	4/5/2011	A nova medicina do coração da mulher

3.4.3. Outras DCNTs – totais: E= 2; I=3; V=9

Rev.	Data	Título
E	4/12/2000	Diabetes – quem se cuida vive bem (5,7 milhões de diabéticos no Brasil)
E	23/1/2010	Diabetes - Ele vai pegar você?
I	1/9/1999	O novo check-up
I	20/8/2003	Diabetes
I	7/7/2004	Os super-remédios
V	28/6/2000	Check-up – os novos exames que podem salvar sua vida
V	26/6/2002	Super-remédios – impotência, diabetes, aids, depressão, colesterol alto, dores
V	29/1/2003	Diabetes o inimigo oculto – 15 milhões estão ameaçados pela doença que causa infarto, derrame,
V	23/4/2003	Check-up – sorria, você está sendo examinado
V	24/3/2004	Estes bebês são pioneiros de uma revolução na medicina – Alzheimer, diabetes, infarto, derrame,
V	16/6/2004	Um santo remédio – eficazes para baixar o colesterol, estatinas são as drogas mais vendidas
V	9/3/2005	A ciência do sangue – novos exames revolucionam medicina preventiva, apontam inimigos invisíveis que
V	31/10/2007	Cura do Diabetes: a esperança está numa cirurgia
V	5/3/2008	Raio X da saúde, brasileiros ignoram causas das principais doenças crônicas

3.5. Cérebro (memória, inteligência, doenças degenerativas, dor, sono)

totais: E=14; I=14; V=10

3.5.1. Cérebro – totais: E=11; I=10; V=7

Rev.	Data	Título
E	30/10/2003	Inteligência turbinada
E	16/9/2004	Memória – 20 truques para turbinar sua memória
E	7/10/2004	Durma bem
E	27/10/2005	A nova inteligência
E	18/9/2006	Normal é ser diferente (síndrome de down)
E	11/6/2007	Um novo olhar sobre o mundo oculto do autismo
E	7/3/2008	Você pode virar um gênio?
E	9/5/2009	Existe remédio para ficar mais inteligente?
E	8/8/2009	Por dentro da mente dos bebês
E	2/7/2011	Por que os mais velhos são mais inteligentes
E	31/10/2011	A internet faz mal ao cérebro
I	16/6/1999	Criança inteligente
I	20/10/1999	Memória
I	16/8/2000	Insônia
I	14/3/2001	Malhação cerebral
I	20/2/2002	Memória
I	21/4/2004	Eureka! A ciência avança no tratamento das doenças que danificam o cérebro
I	31/5/2006	A mente do seu bebê
I	15/4/2009	O impulso do consumo – como funciona sua mente na hora de comprar
I	22/4/2009	Insônia
I	22/6/2011	As novas descobertas sobre a memória
V	27/6/2001	O poder da mente
V	24/9/2003	Insônia – o alto preço das noites sem dormir (obesidade, rugas, etc.)
V	4/8/2004	O novo mapa do cérebro

V	11/1/2006	Ginástica para o cérebro
V	21/11/2007	Os segredos do sono: como o cérebro em repouso prepara o corpo e a mente para o dia seguinte
V	21/10/2009	O cérebro do gênio (Einstein)
V	13/1/2010	Memória – ciência desvenda mecanismos que nos faz lembrar ou esquecer

3.5.2. Dor – totais: E = 3; I=4; I=3

Rev.	Data	Título
E	8/2/1999	Adeus enxaqueca
E	10/3/2005	O novo jeito de tratar a dor
E	9/4/2007	Enxaqueca
I	31/3/1999	Chega de dor
I	23/6/2000	Dor de cabeça
I	24/10/2007	Viver sem dor
I	6/7/2011	Entenda sua dor
V	6/2/2002	Novas armas contra dor – 6 em cada 10 brasileiros sofrem de dor crônica
V	2/7/2003	Dor de cabeça as novas armas da medicina para prevenir e tratar o mal
V	24/8/2011	Dor

3.6. Emocional, mental e sexual – totais: E=25; I=31; V=27

3.6.1. Distúrbios psíquicos emocionais – totais: E=9; I=16; V=11

Rev.	Data	Título
E	1/5/2003	Depressão
E	6/5/2004	Os herdeiros do <i>Prozac</i>
E	5/5/2005	Você é normal?
E	13/10/2005	Stress, coração
E	2/2/2006	Depressão
E	23/2/2006	Somos todos hiperativos?
E	4/12/2006	Estamos dando remédios demais para as crianças?
E	6/1/2007	Como a violência e insegurança afetam a mente de todos nós
E	14/11/2011	Coma, beba, compre, trabalhe, fale, gaste pouco e viva muito!
I	11/8/1999	Stress
I	4/4/2001	Ansiedade
I	12/9/2001	Emoções que curam
I	20/12/2001	Stress de fim de ano
I	10/4/2002	TPM – como conviver com ela
I	22/10/2003	Cuidado, perigo! Mau-humor (medicina trata doença do mau-humor)
I	25/8/2004	Síndrome do pânico
I	2/4/2008	O coração e as emoções
I	16/4/2008	Sua família, sua saúde. A medicina prova laços familiares são decisivos
I	21/5/2008	Como interpretar seus sonhos (aprenda com os especialistas a decifrar)
I	9/7/2008	O triunfo da hipnose
I	25/3/2009	O poder das emoções
I	29/7/2009	Os perigos da ansiedade
I	9/9/2009	Olhe-se no espelho e descubra como melhorar a autoestima
I	18/8/2010	Estresse engorda
I	8/9/2010	Sonhos: como usá-los na vida real. Por que os sonhos ajudam a viver melhor
V	24/2/1999	Vícios – sexo, drogas, comida, cigarro e bebida
V	31/3/1999	Depressão - A luta contra a doença da alma

V	26/5/1999	A vitória contra a timidez
V	21/2/2001	Fobias e pânico – por que tantas pessoas sofrem e qual o tratamento
V	4/11/2003	O medo exagerado e as técnicas para combater o pânico
V	11/2/2004	Stress – como é possível vencer esse mal moderno
V	5/5/2004	Quando as manias viram doenças
V	1/12/2004	A medicina da alma
V	28/6/2006	Corpo & mente: o real poder do cérebro sobre a saúde
V	23/5/2007	Como desligar o vício: novos remédios facilitam a cura da dependência
V	5/12/2007	Emoções e saúde: como a nova medicina psicossomática trata ansiedade, asma, gastrite

3.6.2. Disposição mental (otimismo, felicidade, fé) – totais: E =11; I=7; V=8

Rev.	Data	Título
E	28/12/2004	100 dicas para ser mais feliz em 2005
E	24/11/2005	O poder da mudança – cientistas explicam
E	27/12/2005	Sorria! (os caminhos da felicidade)
E	2/10/2006	Fazer o bem faz bem
E	22/1/2007	Felicidade – como a filosofia pode nos ajudar a viver melhor
E	5/3/2007	Paz interior como respirar num mundo irrespirável
E	3/3/2008	O poder da tristeza - Novas pesquisas questionam antidepressivos
E	24/12/2008	A superação pela fé
E	29/12/2008	Viva melhor com menos
E	21/3/2009	A fé que faz bem à saúde
E	21/5/2011	O mito da felicidade
I	18/4/2001	A receita da felicidade
I	28/1/2004	Felicidade
I	1/6/2005	Fé faz bem para a saúde
I	28/9/2005	É possível ser feliz. Saiba o que a ciência descobriu sobre a alegria de viver
I	30/7/2008	6 caminhos para a felicidade: com o melhorar qualidade de vida
I	25/11/2009	Qual o seu índice de felicidade?
I	24/2/2010	A medicina da meditação
V	13/11/2002	Auto-ajuda que funciona – o que dizem os mais respeitados autores que ensinam você a viver
V	28/5/2003	A cura pela mente – a medicina reconhece o poder da meditação, da ioga, dos relaxamentos
V	17/9/2003	Equilíbrio mental – as armas da “psicologia positiva”, que ganhou prestígio no meio acadêmico
V	25/8/2004	Poder interior – meditar, desenvolver espiritualidade, aprimorar o senso estético, ler por prazer
V	4/7/2007	Eu me amo: o poder da autoestima
V	26/9/2007	A mente e o espírito: como o cérebro processa as emoções, o prazer estético e a linguagem
V	2/12/2009	O poder da autoajuda
V	23/11/2011	O que é ser normal? Novos estudos revolucionam o conceito de saúde mental

3.6.3. Distúrbios sexuais – totais: E=5; I=8; V=8

Rev.	Data	Título
E	6/9/1999	A turma do <i>Viagra</i>
E	4/3/2004	Sexo para menores (gravidez infantil)
E	12/1/2009	Amor e sexo por toda a vida
E	21/11/2009	A busca pelo <i>Viagra</i> feminino
E	1/5/2010	O Ministério da Saúde recomenda: Faça sexo
I	17/1/2001	O tamanho dele (pênis)
I	27/6/2001	A nova pílula do amor
I	12/2/2003	O novo amigo do homem (<i>Levitra</i>)
I	18/6/2003	Sufoco na cama (problemas sexuais)
I	26/11/2003	Não falharás (<i>Viagra</i>)
I	6/2/2008	A ciência do amor
I	10/3/2010	O coquetel do prazer masculino
I	17/11/2010	A ciência da sedução
V	30/5/2001	Prazer: a vez da mulher; a ciência desvenda os problemas sexuais femininos
V	13/2/2002	Sua idade sexual – novos remédios e tratamentos ajudam
V	28/8/2002	Em busca do desejo – falta de vontade é um problema sexual
V	23/7/2003	Sexo: a ciência garante, você ainda escolhe seu parceiro como faziam nossos ancestrais da caverna
V	19/1/2005	Saúde sexual: a ciência mostra que o bem-estar físico e psicológico depende muito mais da sexualidade
V	2/3/2005	Homem e mulher, agora as outras diferenças (QI alto, longevidade, desejo)
V	7/3/2007	Enfim a ciência entendeu a mulher
V	25/8/2010	Casar faz bem

3.7. Longevidade – totais: E= 10; I=15; V=8

Rev.	Data	Título
E	16/8/1999	Vida: a vida vence a velhice
E	27/9/1999	O apogeu aos 40 (bonitas, desejadas, mulheres maduras são sucesso)
E	13/1/2003	Viver bem para viver mais e melhor
E	14/8/2003	Viva melhor
E	25/9/2003	Eternamente jovem
E	29/1/2004	A fonte da juventude
E	17/11/2004	Você pode chegar aos 100 anos
E	9/3/2006	Como viver mais e melhor
E	28/4/2008	A arte de envelhecer
E	3/7/2010	Os segredos da vida longa
I	6/1/1999	A vida sem doenças
I	27/10/1999	A fonte da vida
I	17/11/2000	Viva mais e melhor
I	29/8/2001	Pilha nova
I	16/1/2002	Viva bem aos 100
I	13/6/2002	Corpo sem travas
I	18/5/2005	Esqueça a idade
I	1/3/2006	9 lições de qualidade de vida
I	30/8/2006	O corpo da mulher está mudando
I	31/1/2007	A nova ciência da menopausa
I	5/8/2009	Viver 100 anos

I	13/10/2010	A fonte da saúde
I	24/11/2010	3 grandes segredos para viver mais
I	1/6/2011	Envelhecer bem
I	16/11/2011	Eternamente jovem
V	8/9/1999	A idade real – o teste que mostra sua verdadeira idade biológica
V	1/11/2000	Receita para morrer mais cedo – stress, obesidade, sedentarismo, cigarro – os maus hábitos da vida
V	11/7/2001	Saúde e vitalidade dos 8 aos 80
V	11/6/2003	Jovem sempre – receitas da ciência para os 30, 40, 50, 60 anos
V	15/9/2004	A ciência da vida longa e saudável
V	24/5/2006	A idade real – coração, cérebro, ossos e músculos podem ficar jovens por muito mais tempo
V	15/7/2009	A geração sem idade (conservação da juventude)
V	15/6/2011	Longevidade, os donos do tempo

3.8. PIC – totais: E=3; I=4; V=2

Rev.	Data	Título
E	3/7/2000	O segredo das agulhas - acupuntura
E	1/12/2005	A cura pelo equilíbrio
E	8/7/2006	Ioga & medicina
I	6/6/2001	O poder verde ao natural - fitoterapia
I	3/9/2003	Medicina complementar
I	9/8/2006	A vitória da acupuntura
I	8/6/2011	As novas aplicações da ioga
V	1/5/2002	Os riscos das terapias alternativas
V	19/11/2003	Ioga – o exercício que traz força, flexibilidade e bem-estar

3.9. Outros – totais: E = 33; I=30; V=21

Rev.	Data	Título
E	1/5/2000	2ª opinião – médicos e pacientes contam por que é importante ouvir mais de um especialista
E	15/5/2000	Segredos decifrados (Projeto Genoma)
E	17/7/2000	Um amigo de risco (médico sem fronteiras, Varella no presídio)
E	18/12/2000	Os riscos dos planos de saúde – defesa do consumidor
E	15/1/2001	Pesquisa científica – o salto brasileiro corrida genética
E	29/1/2001	Remédios – a vitória dos genéricos
E	12/2/2001	Cirurgias de alta precisão
E	16/4/2001	Uma mulher de combate (contra o amianto, segurança sanitária)
E	18/6/2001	O compasso da vida (transplante)
E	12/11/2001	Suspeita de erro médico – falhas diagnóstico Ana Maria Braga
E	18/2/2002	Dengue – tragédia anunciada
E	15/7/2002	Traídas pela medicina (reposição hormonal é condenada)
E	3/4/2003	O vírus que mata
E	4/12/2003	Você toma muito remédio?
E	4/2/2004	Alergia
E	1/7/2004	A guerra dos planos (de saúde)
E	14/10/2004	Células da vida
E	20/4/2005	Remédios de última geração
E	15/6/2006	25 anos de AIDS
E	16/4/2007	Sim ou não? (aborto)

E	25/6/2007	Células tronco
E	20/8/2007	Doutor Google - O que você ganha consultar a internet antes
E	12/11/2007	Este homem estava morto (novas técnicas medicina)
E	21/7/2008	Bebês prematuros
E	4/8/2008	Por que faltam órgãos para transplante
E	18/4/2009	Decifrei meu DNA
E	2/5/2009	Perigo! Gripe suína
E	1/8/2009	Gripe suína - Como vencer a epidemia
E	19/6/2010	Como vai a nossa saúde (do Brasil)
E	11/9/2010	R\$ 520 por uma vida (saúde, falta equipamento)
E	18/12/2010	Este homem se curou da AIDS
E	14/5/2011	A clínica do horror
E	7/11/2011	O SUS e o preconceito
I	2/6/1999	Defenda-se da alergia
I	2/2/2000	Retratos da vida – coragem, fé e ciência - quem chegou perto da morte
I	15/3/2000	Novas esperanças - aids
I	10/5/2000	O vírus do preconceito (HIV AIDS)
I	5/7/2000	Planos de saúde
I	23/5/2001	Perigos do inverno (vírus e bactérias)
I	15/8/2001	Não clonarás
I	10/10/2001	Sem receita – brasileiro exagera nos remédios
I	14/11/2001	AIDS
I	26/2/2003	Opção pela vida (doação de órgãos)
I	9/4/2003	Pneumonia asiática
I	20/10/2004	A força da célula tronco
I	9/3/2005	Vitória – liberada ciência sem freio da fé – questões de bioética
I	8/6/2005	Cuidado! remédios
I	19/10/2005	Como gastar menos para manter a saúde
I	26/10/2005	O risco da superepidemia – gripe aviária
I	30/11/2005	Vergonha – atendimento médico agoniza no caos
I	1/2/2006	Cirurgia sem sofrimento
I	8/3/2006	Pandemia – a gripe do frango
I	21/6/2006	Erro médico
I	2/5/2007	A superpílula
I	28/11/2007	A nova revolução das células tronco
I	5/12/2007	A cura da hepatite C
I	4/6/2008	Células-tronco nova chance de vida
I	21/1/2009	Começa a seleção genética
I	27/5/2009	Remédios falsos
I	28/4/2010	A próxima geração da pílula
I	16/3/2011	A era da medicina avatar
I	30/11/2011	Os riscos dos analgésicos
I	14/12/2011	A epidemia das consultas a jato
V	3/3/1999	Quando os médicos erram
V	3/11/1999	Os bebês pré-fabricados
V	20/12/2000	De onde viemos? (teste do DNA, genética)
V	9/5/2001	Tudo por um filho (infertilidade)
V	15/8/2001	Começou- a corrida para fazer o 1º clone humano
V	24/10/2001	Anthrax- o mal invisível
V	4/9/2002	Eles escolheram entre a vida e a morte (eutanásia)
V	7/5/2003	SARS – a epidemia que põe o mundo em pânico
V	22/9/2004	Menina ou menino (reprodução assistida)

V	2/2/2005	A verdade sobre os remédios
V	9/11/2005	Serenidade até o fim (doenças terminais)
V	23/11/2005	A medicina que faz milagres - (células tronco)
V	14/5/2008	O custo da saúde
V	30/7/2008	Cadê os bebês? Queda da fertilidade no Brasil
V	5/11/2008	Remédios fora de circulação fazem mal à saúde
V	28/1/2009	Aborto: os médicos rompem o silêncio
V	8/4/2009	Transplantes – como você ganha com eles
V	22/4/2009	Genética não é destino – essa descoberta deu início a uma revolução no diagnóstico, prevenção
V	26/8/2009	Desmascarado (Abdelmassih - médico acusado de estupro e assédio de clientes é preso)
V	28/4/2010	Ajuda para morrer (eutanásia, novo código de ética médica)
V	9/6/2010	DNA

ANEXO II – Quadros e gráficos

Quadro 1. Levantamento de notícias - 1988-1998 - VEJA e ISTOÉ

SAÚDE INDIVIDUAL (IND) – totais: V = 243; I = 227

Corporal V=79; I=77	Dietas V=39; I=39	Dietas visando à saúde, ao embelezamento ou vida longa; inclui ingestão de vinho e outras bebidas alcoólicas para saúde.
	Ginástica e postura V=26; I=22	Atividades físicas e esportes, p/ emagrecimento ou prolongamento da vida. Cuidados com a coluna e a postura, técnicas e hábitos para evitar lesões por esforço repetitivo; ergonomia.
	Envelhecimento V=5; I=6	Hábitos corporais em geral para prevenir envelhecimento e prolongar a vida.
	Pele e higiene V=9; I=10	Cuidados com a pele, bronzeamento moderado, banhos, higiene e outros.
Emocional e mental V=33; I=51	Doenças afetivas, terapias e ginástica mental V=15; I=41	Hábitos mentais e emocionais para controle e combate ao estresse, ansiedade, depressão, pânico, raiva, fobias, técnicas de autocontrole, ginástica mental; conhecimento biológico ou psicológico sobre o próprio comportamento
	Medicamentos (drogas psíquicas) V=8; I=2	Uso de medicamentos para as emoções (estresse, ansiedade, depressão, pânico, raiva, fobias, etc.) e para melhorar a vida sexual.
	Envelhecimento V=5; I=6	Hábitos mentais e emocionais para prevenir envelhecimento e prolongar a vida.
	Sexual V=5; I=2	Hábitos e cuidados sexuais com objetivo de saúde (DST/AIDS, contracepção, planejamento familiar); saúde sexual, impotência e frigidez, compulsão.
Estética V=23; I=32	Cosméticos e medicamentos V=9; I=16	Uso de cosméticos e medicamentos para calvície, embelezamento, rejuvenescimento, acne, manchas, celulite, estrias.
	Plástica e intervenções V=8; I=12	Procura de cirurgia plástica, intervenções clínicas e tratamentos clínicos de beleza, calvície, lipoaspiração, celulite, rejuvenescimento
	Ginástica V=6; I=4	Atividades físicas para manter a forma e a beleza; delineamento do corpo e dos músculos.
Dependências químicas V=29; I=10	Alcoolismo (V=9; I=4) tabagismo (V=14; I=2) drogas (V=6; I=4);	Atitudes e tratamentos para deixar as dependências químicas.
Riscos e prevenções V=52; I=37	Doenças e automedicação V=14; I=11	Diagnóstico, exames, estatísticas e informações sobre riscos de doenças em geral, riscos de medicamentos e automedicação.
	DCNT e envelhecimento V=33; I=17	Diagnóstico, exames, estatísticas e informações sobre riscos de DCNT e envelhecimento.
	DST/AIDS V=5; I=9	Diagnóstico, exames, estatísticas e informações sobre riscos de DST/AIDS.
Produtos V=27; I=20	Nutricionais V=19; I=13	Produtos naturais, orgânicos dietéticos, vitamínicos e suplementares
	Outros V=8; I=7	Equipamentos de ginástica e fisioterapia, livros, protetores solares, outros.

Quadro 2. Levantamento de notícias - 1988-1998 - VEJA e ISTOÉ

SAÚDE PÚBLICA (SPU) – totais: V = 356; I= 252

Gestão e regulamentação V=140; I=118	Economia V=38; I=34	Regulação de planos privados, questões econômicas, financeiras e orçamentárias, políticas, jurídicas.
	Hospitalar V=33; I=33	Gestão e atendimento institucional em hospitais, pronto-socorros e unidades básicas, creches, sanatórios, asilos, etc.
	Saúde mental e odontologia V=7; I=13	Políticas de tratamento para doenças mentais, loucura, esquizofrenia, etc.; saúde bucal da população.
	Contracepção e reprodução V=11; I=5	Políticas contraceptivas, esterilização, cesarianas, partos, etc.
	Segurança sanitária e medicamentos V=51; I=33	Segurança ambiental; segurança alimentar; saúde ocupacional, insalubridade, fiscalização de medicamentos, vitamínicos e suplementares.
Bioética V=105; I=52	Legalização V=35; I=21	Leis e discussões sobre aborto, eutanásia, doação de órgãos, reprodução artificial.
	Ética médica V=41; I=21	Erros médicos, ensino de medicina e discussões sobre a profissão médica.
	Ética científica V=15; I=2	Discussões sobre a ética, neutralidade e interesses dos cientistas; patentes, etc.
	Bioteχνologias V=14; I=8	Leis e ética científica com relação aos limites éticos das tecnologias genéticas e biomolecular.
Epidemias V=65; I=61	DST/AIDS V=38; I=32	Questões relacionadas à transmissão e controle de AIDS e DST.
	Outras epidemias V=27; I=29	Outras epidemias de contágio, meningite, cólera, dengue, malária, hanseníase, gripe aviária, etc.
Dependências Químicas V=46; I=21	Alcoolismo (V=4; I=1), tabagismo (V=27; I=8), drogas (V=15; I=12)	Leis e ações para combate às dependências químicas, tabagismo, alcoolismo e drogas.

Quadro 3. Levantamento de notícias - 1988-1998 - VEJA e ISTOÉ

PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (PIC) – totais: V = 23; I= 58

MAC V=17; I=47	Acupuntura e terapias orientais, homeopatia, florais, fitoterapia, meditação, ioga, etc.	Métodos diagnósticos e terapêuticos, alternativos ou complementares à medicina alopática convencional; práticas de relaxamento e práticas contemplativas, curas espirituais.
MENTAL V=6; I=11	Terapias alternativas e autoajuda	Correntes heterodoxas da psicologia, neurolinguística, ginásticas mentais, autoajuda.

Quadro 4. Levantamento de notícias - 1988-1998 - VEJA e ISTOÉ

CIÊNCIA E TECNOLOGIA (CIE) – totais: V = 227; I = 239

Medicina geral V=146; I=146	Intervenções e tratamentos V=80; I=76	Intervenções cirúrgicas, tecnologia de transplantes e implantes; inovações tecnológicas; inseminação artificial; fertilização; tecnologias de reprodução; equipamentos.
	DST/AIDS V=28; I=34	Descobertas, avanços e tratamentos de DST/AIDS.
	Medicamentos V=11; I=20	Medicamentos, drogas e vacinas, tratamentos para doenças em geral, vírus e bactérias.
	Bioteχνologias V=27; I=16	Novas descobertas e tratamentos da engenharia genética e biologia molecular.
DCNT e envelhecimento V=27; I=46	Medicamentos V=19; I=27	Medicamentos para DCNT, obesidade e doenças decorrentes do envelhecimento, antitabagismo; analgésicos para dores em geral (cabeça, costas).
	Informação e tratamentos V=8, I=19	Estudos e descobertas sobre as DCNT e as doenças do envelhecimento (osteoporose, Parkinson, outras).
Comportamental V=38; I=35	Neurologia V=12; I=21	Descobertas da neurologia sobre o cérebro e sistema nervoso, memória, sono, inteligência, Alzheimer. Explicações neurológicas para doenças afetivas (depressão, estresse, ansiedade, pânico).
	Medicamentos V=22; I=10	Medicamentos para impotência, tranquilizantes, estimulantes, antidepressivos, anfetaminas, e para doenças afetivas (depressão, ansiedade, pânico).
	Biologia V=4; I=4	Explicações biológicas ou genéticas para o comportamento.
Estética V=16; I=12	Plástica e intervenções V=6; I=4	Cirurgias, técnicas e intervenções mais radicais para rejuvenescer, embelezar ou modificar o corpo.
	Cosméticos e Medicamentos V=10; I=8	Medicamentos para tratamento estético (calvície, rugas, sardas, acne) e embelezamento.

Total de notícias coletadas em ISTOÉ 1988-1998: 776

Total de notícias coletadas em VEJA 1988-1998: 849

Assuntos mais noticiados em ISTOÉ 1988-1998

CIE	medicina geral	intervenções e tratamentos	76
IND	emocional	doenças psi	41
IND	corporal	dietas	39
CIE	medicina geral	DST/AIDS	34
SPU	gestão e regulamentação	economia	34

Assuntos mais noticiados em VEJA 1988-1998

CIE	medicina geral	intervenções e tratamentos	80
SPU	gestão e regulamentação	segurança sanitária e medicamentos	51
SPU	bioética	ética médica	41
IND	corporal	dietas	39
SPU	epidemias	DST/AIDS	38

Quadro 5. Totais e médias de capas, por assunto, nos períodos 1988-1998 e 1999-2009

CAPAS	MÉDIAS					TOTAIS				
	1988-1998		1999-2009			1988-1998		1999-2009		
	veja	istoé	veja	istoé	época	veja	istoé	veja	istoé	época
Artes e espetáculos	4,7	3,8	2,2	1,5	2,7	52	42	24	17	30
Ciência	1,1	0,7	0,5	0,5	0,4	12	8	6	5	4
Comportamento e sexo	1,8	2,5	4,2	5,0	4,4	20	27	46	55	48
Ecologia	0,7	0,4	1,2	0,5	0,5	8	4	13	5	5
Economia	7,3	6,5	4,8	2,5	3,0	80	71	53	27	33
Educação	0,6	0,2	0,6	0,5	0,8	7	2	7	5	9
Esportes	1,8	2,5	1,2	1,1	2,1	20	28	13	12	21
Internacional	4,2	2,3	4,5	2,2	2,7	46	25	50	24	30
Política	15,1	20,4	12,7	12,4	9,8	166	224	140	136	108
Religião	1,3	1,9	2,1	3,2	3,5	14	21	23	35	35
Saúde & bem-estar	4,7	4,6	10,5	13,6	11,5	52	51	115	150	126
Sociedade	2,4	2,2	2,1	4,1	2,8	26	24	23	45	31
Tecnologia	0,5	0,3	0,7	0,2	1,7	6	3	8	2	17
Trabalho	0,9	0,3	0,9	0,5	1,2	10	3	10	5	13
Tragédia	0,5	0,3	0,7	0,7	1,2	5	3	8	8	13
Turismo	0,6	0,4	0,2	0,2	0,3	7	4	2	2	3
Violência	3,5	2,8	2,4	2,9	4,4	38	31	26	32	48
	51,7	51,9	51,5	51,4	52,2	569	571	567	565	574

Quadro 6 - Distribuição anual do número de capas por temas - VEJA - 1988-2011.

Capas VEJA	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Artes esp.	5	2	6	4	2	5	6	4	8	4	6	3	4	3	2	3	3	2	1	1	1	1	0	3
Ciência	2	0	0	2	1	1	2	0	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1
Comport. e sexo	3	0	2	2	1	3	0	2	2	2	3	4	5	3	6	4	8	1	3	2	5	5	3	1
Ecologia	0	3	0	1	2	0	0	1	0	1	0	2	1	1	1	0	0	1	2	2	1	2	1	0
Economia	5	10	11	6	2	5	7	14	7	8	5	7	6	6	4	2	4	3	4	4	9	4	1	6
Educação	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	0	2	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Esportes	5	0	1	1	1	1	6	1	2	1	1	1	2	2	0	1	2	1	0	0	1	3	2	1
Internac.	5	6	4	12	6	1	2	4	1	2	3	1	3	7	2	9	3	5	6	2	7	5	3	9
Política	11	22	14	15	29	22	21	6	8	8	10	5	13	8	18	11	12	24	20	12	9	8	18	9
Religião	0	0	2	1	1	0	0	3	1	3	3	2	0	1	3	2	1	4	2	5	0	3	1	1
Saúde & Bem-estar	5	1	5	2	0	4	2	9	6	8	10	8	7	11	10	15	14	8	8	10	11	13	10	10
Sociedade	3	1	2	2	4	2	2	3	3	1	3	6	4	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2
Tecnolog.	1	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	2	1	0	2	2	1
Trabalho	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	3	0	0	0	1	0	1	0	1
Tragédia	1	3	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	1	2	2	2
Turismo	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Violência	4	2	4	2	3	5	2	2	8	3	3	7	2	2	2	0	0	2	3	3	4	1	7	4
Total ano	52	51	51	52	53	52	52	52	52	51	51	51	52	51	51	51	51	52	52	52	52	52	52	52

Quadro 7 - Distribuição anual do número de capas por temas - ISTOE 1988-2011.

Capas ISTOE	19 88	19 89	19 90	19 91	19 92	19 93	19 94	19 95	19 96	19 97	19 98	19 99	20 00	20 01	20 02	20 03	20 04	20 05	20 06	20 07	20 08	20 09	20 10	20 11
Artes esp.	5	3	1	2	1	2	3	3	10	5	7	3	0	3	0	0	4	2	1	1	1	1	0	0
Ciência	1	0	0	0	1	0	0	1	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0
Comport. e sexo	2	0	0	0	0	3	3	7	2	5	5	10	5	3	5	4	4	3	3	3	7	8	6	4
Ecologia	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	1	0
Economia	7	4	15	7	4	6	9	4	6	5	4	3	4	2	2	1	2	2	2	2	6	1	5	1
Educação	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	2
Esportes	2	0	4	3	1	2	6	1	2	2	5	1	2	0	3	0	2	1	2	0	1	0	1	3
Internac.	2	1	3	6	2	3	0	3	1	3	1	2	1	6	0	6	2	0	1	1	2	3	1	4
Política	21	39	23	24	31	26	20	12	7	13	8	6	10	11	22	7	10	17	19	14	8	12	13	8
Religião	0	0	0	2	0	1	1	6	3	5	3	2	4	2	3	3	3	4	2	7	3	2	4	8
Saúde & Bem-estar	4	1	0	2	2	3	4	8	5	7	15	17	16	17	8	18	12	12	12	11	13	15	11	15
Sociedade	3	1	1	2	3	2	2	2	3	2	3	3	6	4	3	6	7	5	4	3	1	3	2	4
Tecnolog.	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Trabalho	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	0
Tragédia	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3	1	1	1	1
Turismo	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Violência	2	2	3	3	5	4	2	3	5	2	0	3	5	1	5	3	3	2	3	3	3	1	4	2
	51	52	51	52	52	52	52	52	52	53	52	52	53	51	52	52	52	50	51	51	50	51	52	52

Quadro 8 - Distribuição anual do número de capas por temas - ÉPOCA 1998-2011.

Capas ÉPOCA	19 98	19 99	20 00	20 01	20 02	20 03	20 04	20 05	20 06	20 07	20 08	20 09	20 10	20 11
Artes esp.	2	5	8	4	1	3	1	2	2	0	2	2	0	1
Ciência	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Comport. e sexo	0	5	1	3	3	7	10	5	0	4	4	6	3	3
Ecologia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1
Economia	3	4	3	3	4	0	1	0	1	6	9	2	6	3
Educação	2	5	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	4	3
Esportes	1	2	8	1	0	0	1	2	3	1	2	1	2	0
Internac.	0	2	1	11	1	3	0	0	0	3	6	3	1	6
Política	7	3	4	10	21	14	11	19	11	7	3	5	13	6
Religião	1	4	3	0	5	4	2	5	6	3	1	2	2	1
Saúde & Bem-estar	6	8	8	12	7	12	17	12	15	10	11	14	10	16
Sociedade	2	4	5	3	1	1	1	2	2	1	4	7	2	3
Tecnolog.	5	1	3	0	0	0	2	1	2	4	2	2	3	3
Trabalho	1	0	1	0	0	1	1	0	2	3	1	4	1	1
Tragédia	0	0	1	1	0	1	0	1	2	4	2	1	1	2
Turismo	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Violência	2	9	4	4	8	5	4	3	3	3	4	1	3	2
	32	52	52	52	52	53	52	52	51	53	53	52	51	52

**Gráfico 1. Oscilação anual do número de capas sobre economia, política e saúde
VEJA 1988-2011**

**Gráfico 2. Oscilação anual do número de capas sobre economia, política e saúde
ISTOÉ 1988-2011**

Gráfico 3. Número de capas por temas - VEJA e ISTOÉ – 1988-1998

Gráfico 4. Número de capas por temas – VEJA, ISTOÉ, ÉPOCA – 1999-2009

Gráfico 5. Número de capas de saúde e bem-estar distribuído por assuntos VEJA e ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 6. Número de capas de saúde e bem-estar distribuído por assuntos VEJA, ISTOÉ, ÉPOCA - 1999-2009

Gráfico 7. Percentual anual de notícias sobre AIDS em relação ao total de notícias de saúde por ano - VEJA e ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 8. Percentual anual de notícias sobre beleza em relação ao total de notícias de saúde por ano - VEJA e ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 9. Percentual anual de notícias sobre riscos, prevenções e diagnósticos em relação ao total de notícias de saúde por ano - VEJA e ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 10. Percentual anual de notícias sobre dependências químicas em relação ao total de notícias de saúde por ano - VEJA - 1988-1998

Gráfico 11. Percentual anual de notícias sobre dependências químicas em relação ao total de notícias de saúde por ano - ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 12. Percentual anual de notícias sobre hábitos corporais para a saúde (dietas, sedentarismo, envelhecimento, pele) em relação ao total de notícias de saúde por ano. VEJA e ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 13. Percentual anual de notícias sobre dieta em relação ao total de notícias de saúde por ano - VEJA e ISTOÉ - 1988-1998.

Gráfico 14. Percentual anual de notícias sobre saúde psíquica, medicamentos e aspectos neurocientíficos em relação ao total de notícias de saúde por ano. VEJA - 1988-1998

Gráfico 15. Percentual anual de notícias sobre saúde psíquica, medicamentos e aspectos neurocientíficos em relação ao total de notícias de saúde por ano. ISTOÉ - 1988-1998

Gráfico 16. Percentual anual de notícias sobre DCNT e envelhecimento em relação ao total de notícias de saúde por ano. VEJA e ISTOÉ - 1988-1998

ANEXO III – Tabela de dados do levantamento Vigitel 2006-2011

Percentuais do conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Índice de confiança de 95%. Dados retirados dos relatórios disponíveis no Portal da Saúde do SUS (Cf. MS, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d, 2012c): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

Tabela 1 - Excesso de peso Vigitel, 2006/2011 - Percentual de indivíduos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg/m²).

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	21,2	24,9	17,1	21,0	26,7	15,1	31,2	37,3	24,9	27,3	29,4	25,4
25 a 34	38,9	48,1	29,4	41,2	49,9	32,4	42,4	48,9	36,0	47,3	55,0	39,9
35 a 44	49,8	56,7	43,2	49,4	58,0	41,2	51,2	56,9	45,7	55,4	63,0	48,1
45 a 54	56,0	58,8	53,5	56,1	61,8	50,8	55,9	59,2	52,9	58,7	61,5	55,9
55 a 65	57,6	55,9	59,1	57,5	57,0	57,9	59,7	59,6	59,8	60,3	59,7	60,9
65 e mais	53,1	50,1	55,4	50,3	49,3	51,2	55,3	55,7	55,0	55,7	52,1	58,4
escolaridade												
0 a 8	47,0	46,3	47,5	47,1	48,3	45,7	50,9	51,7	50,0	51,8	51,2	52,3
9 a 11	37,9	45,4	31,3	37,3	45,2	30,5	41,5	46,5	37,2	44,0	50,6	38,5
12 e mais	40,6	53,5	28,5	44,1	57,9	31,2	43,4	56,7	31,1	47,1	60,1	35,2
nacional	43,0	47,3	38,8	43,4	49,2	37,8	45,2	51,0	42,3	48,5	52,5	44,7

Tabela 2 - Obesidade Vigitel, 2006/2011 - Percentual de indivíduos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²).

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	4,3	4,1	4,5	4,0	4,1	3,9	6,9	7,7	6,2	6,6	6,3	6,9
25 a 34	10,4	11,8	8,9	11,4	13,2	9,7	12,7	13,6	11,9	14,8	17,2	12,4
35 a 44	12,3	13,5	11,0	14,9	18,5	11,5	15,6	16,0	15,1	18,9	20,8	17,1
45 a 54	15,8	16,7	15,1	19,4	20,2	18,5	17,4	16,6	18,1	21,7	19,4	23,9
55 a 65	17,0	13,1	20,4	20,3	18,7	21,7	20,7	19,9	21,3	20,4	15,7	24,5
65 e mais	15,9	11,0	19,7	13,5	9,5	16,7	16,9	12,4	20,4	17,7	11,9	22,0
escolaridade												
0 a 8	13,5	11,9	15,1	14,9	13,8	16,0	16,1	14,1	18,2	17,9	16,1	19,7
9 a 11	9,0	9,8	8,2	10,7	12,6	9,0	11,6	12,2	11,0	13,4	13,8	12,9
12 e mais	9,6	11,8	7,5	11,3	15,3	7,5	11,6	15,1	8,4	14,1	17,0	11,4
nacional	11,4	11,3	11,5	12,9	12,7	11,2	13,1	12,4	13,1	15,8	15,6	16,0

Tabela 3 - Inatividade física Vigitel, 2006/2011 - Percentual de indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho caminhando ou de bicicleta, e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas*.

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	30,1	41,3	19,7	31,8	29,0	34,3	14,4	9,3	19,2	13,1	7,2	18,6
25 a 34	24,2	35,5	14,1	23,9	28,5	19,8	11,8	13,1	10,6	9,5	9,9	9,1
35 a 44	23,7	34,5	14,4	22,8	27,5	18,8	12,3	15,5	9,5	11,3	14,4	8,6
45 a 54	26,5	38,1	16,7	25,6	30,1	21,9	13,0	16,5	10,0	13,4	17,5	9,9
55 a 65	32,0	43,3	23,0	31,9	33,2	30,9	21,0	25,0	17,8	19,0	23,4	15,5
65 e mais	56,1	65,4	50,2	56,5	53,7	58,3	37,1	37,0	37,2	32,3	32,5	32,2
escolaridade												
0 a 8	24,7	36,2	14,9	27,4	29,2	25,9	17,1	18,3	16,0	14,2	15,1	13,5
9 a 11	27,6	39,9	17,7	27,3	28,6	26,2	12,6	12,2	12,9	12,7	12,2	13,0
12 e mais	45,8	50,7	41,4	38,3	40,0	36,7	16,5	15,1	17,7	15,7	14,1	17,1
nacional	29,2	39,8	20,1	29,2	30,9	27,8	14,7	14,6	14,1	14,0	14,1	13,9

* A partir de 2009, o critério foi modificado e passou a considerar um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia, são considerados ativos os que não são responsáveis, mas participam da limpeza pesada de suas casas. Por esse motivo, não é possível comparar 2006/2007 com 2009/2011.

Tabela 4 - Atividade física suficiente no lazer Vigitel, 2006/2011 – Percentual de indivíduos que praticam atividade física suficiente* no lazer ou tempo livre.

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	18,3	27,4	9,9	19,4	29,0	10,5	18,4	27,6	9,9	40,5	60,1	22,3
25 a 34	15,7	18,3	13,5	14,8	18,0	11,9	15,7	20,4	11,4	32,1	42,3	22,8
35 a 44	11,9	11,9	11,8	14,5	15,1	13,9	12,6	13,1	12,1	26,4	31,4	22,0
45 a 54	13,3	13,5	13,0	13,4	13,4	13,5	12,4	13,0	11,8	26,2	28,0	24,6
55 a 65	16,0	19,9	12,9	15,7	19,7	12,5	13,3	15,0	12,0	24,7	27,6	22,5
65 e mais	12,7	17,1	10,0	14,4	18,5	11,7	13,6	18,1	10,8	22,2	27,5	18,9
escolaridade												
0 a 8	12,1	14,5	10,1	12,4	15,3	9,9	11,4	14,5	8,7	24,0	31,0	17,8
9 a 11	17,4	22,5	13,3	17,6	22,5	13,6	17,8	23,2	13,5	35,1	48,5	24,2
12 e mais	18,9	22,9	15,2	21,4	25,8	17,3	20,1	24,8	15,7	42,2	51,3	33,9
nacional	14,9	18,3	11,9	15,5	17,9	11,6	14,7	18,8	11,3	30,3	39,6	22,4

* De 2006 a 2010, considera-se atividade física suficiente: a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividades de intensidade leve ou moderada (caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol) em 5 ou mais dias da semana; ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa (corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis), em 3 ou mais dias da semana. Atividades com duração inferior a 10 minutos não são consideradas para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos. A partir de 2011, a OMS recomendou a mudança do critério. Não há mais um número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física. Considera-se volume recomendado de atividade física a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. Por isso, o indicador de 2011 não é comparável com os de 2006-2010.

Tabela 5 - Consumo de carne com gordura Vigil, 2006/2011 – Percentual de indivíduos que consomem carnes com excesso de gordura (carne vermelha gordurosa ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento).

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	44,8	55,0	35,4	38,6	47,2	30,5	38,8	48,0	30,3	44,2	51,1	31,4
25 a 34	45,8	58,5	34,4	38,5	47,1	30,8	38,0	48,7	28,3	43,2	52,5	30,2
35 a 44	40,0	51,6	29,8	33,4	44,6	23,7	33,3	43,5	24,5	36,3	46,6	23,8
45 a 54	36,6	49,1	26,1	29,4	39,6	20,8	29,6	39,6	21,2	31,7	38,8	22,2
55 a 65	27,1	37,6	18,7	22,1	33,0	13,6	23,4	31,6	17,0	27,0	37,3	15,0
65 e mais	21,4	32,8	14,2	17,6	25,8	12,5	18,5	28,7	12,1	20,4	27,6	12,8
escolaridade												
0 a 8	42,2	56,1	30,2	34,8	45,5	25,8	34,4	45,0	25,3	37,3	50,8	25,7
9 a 11	39,1	50,0	30,2	33,4	44,1	24,7	34,1	44,9	25,3	33,5	43,3	25,6
12 e mais	30,2	38,4	22,7	25,1	32,0	18,8	26,6	35,0	19,1	27,5	35,0	20,7
nacional	39,2	51,2	29,0	32,8	42,7	24,3	33,0	43,2	24,3	34,6	45,9	24,9

Tabela 6 - Consumo regular de frutas e hortaliças, Vigil, 2006/2011 – Percentual de indivíduos que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias da semana.

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	14,5	10,8	17,9	18,1	13,7	22,2	21,3	16,9	25,3	21,3	19,6	22,8
25 a 34	21,6	15,5	27,1	22,5	16,4	28,0	25,5	21,0	29,7	25,5	21,2	29,4
35 a 44	24,1	17,4	29,9	30,4	23,9	36,0	32,4	26,8	37,2	32,1	26,3	37,1
45 a 54	30,6	23,0	36,9	36,2	29,4	41,9	35,6	27,2	42,6	35,9	27,2	43,3
55 a 65	32,6	25,2	38,4	43,7	31,8	53,0	40,3	34,6	44,7	41,6	34,3	47,4
65 e mais	32,8	29,2	35,1	47,7	39,1	53,2	43,4	34,4	49,1	48,4	45,1	50,5
escolaridade												
0 a 8	20,9	20,9	27,3	27,1	18,9	34,2	26,4	19,2	32,6	27,5	21,7	32,6
9 a 11	22,2	22,2	25,9	26,9	20,5	32,0	29,1	23,9	33,3	29,3	24,0	33,6
12 e mais	36,2	36,2	40,8	41,1	35,8	45,9	45,4	41,1	49,5	44,5	40,5	48,1
nacional	23,9	23,9	29,1	29,4	22,4	35,5	30,4	24,3	35,5	30,9	25,6	35,4

Tabela 7 – Consumo de álcool - Vigitel, 2006/2011 – Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram 4 ou mais doses (mulher) ou 5 ou mais doses (homem) de bebida alcoólica, em uma mesma ocasião.

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	18,9	28,1	10,3	23,0	32,8	13,8	23,0	32,5	14,2	20,5	30,3	11,5
25 a 34	21,4	32,2	11,7	21,9	34,1	10,9	22,9	33,9	13,0	20,7	31,6	10,9
35 a 44	18,0	28,0	9,2	17,1	24,9	10,4	20,6	31,9	10,8	18,1	26,9	10,5
45 a 54	13,2	21,7	6,1	15,9	25,6	7,7	17,0	25,4	9,8	14,8	22,6	8,3
55 a 65	7,4	14,0	2,1	10,5	18,6	4,2	10,5	18,5	4,3	10,6	18,5	4,4
65 e mais	2,4	4,8	0,9	3,2	6,3	1,2	4,2	8,4	1,5	4,3	8,0	2,0
escolaridade												
0 a 8	15,4	24,5	7,4	16,7	26,5	8,2	17,1	26,4	9,0	14,5	25,5	7,6
9 a 11	16,6	25,8	9,0	18,3	28,4	10,1	19,8	30,7	10,9	17,2	25,8	10,4
12 e mais	17,3	25,9	8,6	18,7	27,1	11,1	23,1	33,0	14,1	20,1	29,2	11,9
nacional	16,1	25,3	8,1	17,5	27,2	9,3	18,9	28,8	10,4	17,0	26,2	9,1

Tabela 8 - Fumantes - Vigitel, 2006/2011 – Percentual de indivíduos fumantes.

idade	2006			2007			2009			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	14,2	18,4	10,3	16,5	23,3	10,1	15,0	19,3	11,0	12,5	14,6	10,6
25 a 34	14,8	18,6	11,4	15,6	21,2	10,5	16,4	21,2	12,0	16,1	22,4	10,4
35 a 44	19,0	22,5	16,0	17,6	19,7	15,7	15,1	16,8	13,5	14,5	15,9	13,2
45 a 54	22,1	26,3	18,5	21,7	23,9	19,8	19,0	20,8	17,5	19,0	20,1	18,1
55 a 65	15,4	20,4	11,5	15,5	18,5	13,2	16,9	20,4	14,1	16,2	19,8	13,3
65 e mais	9,3	13,2	6,8	8,0	12,4	5,2	8,1	11,6	5,9	8,7	13,7	5,6
escolaridade												
0 a 8	19,1	24,2	14,7	19,4	25,0	14,5	19,3	23,4	15,7	18,8	22,8	15,4
9 a 11	13,7	16,5	11,5	13,2	17,0	10,2	11,3	14,8	8,5	10,1	12,6	8,0
12 e mais	11,6	14,4	9,1	12,8	14,8	11,0	11,1	12,5	9,9	10,3	12,6	8,3
nacional	16,2	20,3	12,8	15,5	20,9	12,6	15,5	19,0	12,5	14,8	18,1	12,0

Tabela 9 - Autoavaliação – Percentual de indivíduos que avaliaram seu estado de saúde como ruim.

idade	2007			2009			2010			2011		
	total	H	M	total	H	M	total	H	M	total	H	M
18 a 24	4,1	2,5	5,5	4,0	2,0	5,9	3,7	3,7	3,9	3,2	1,9	4,5
25 a 34	4,6	4,4	4,9	3,6	2,1	5,0	3,2	3,2	4,0	4,1	3,1	5,0
35 a 44	4,1	2,5	5,4	4,4	3,0	5,6	3,9	3,9	4,6	4,0	2,4	5,4
45 a 54	5,6	3,7	7,2	5,5	4,3	6,5	6,5	6,5	7,7	5,3	2,8	7,3
55 a 65	7,2	4,7	9,3	7,8	5,3	9,8	8,1	8,1	10,5	7,2	5,2	8,7
65 e mais	7,3	4,9	8,8	8,1	7,2	8,6	7,2	7,2	9,3	9,3	7,3	10,6
escolaridade												
0 a 8	6,7	4,4	8,6	7,0	4,3	9,2	6,6	6,6	8,3	6,7	4,2	8,9
9 a 11	3,6	2,6	4,4	2,9	2,1	3,5	2,9	2,9	3,4	3,0	1,9	3,8
12 e mais	2,3	2,4	2,3	1,8	1,6	2,0	1,6	1,6	2,1	1,8	1,6	2,0
nacional	5,0	3,5	6,3	4,9	3,2	6,3	4,7	4,7	5,7	4,8	3,1	6,2

ANEXO IV – Algumas imagens eloquentes sobre saúde e bem-estar nas revistas, especialmente sobre autocuidado mental e emocional

VEJA- *Equilíbrio Mental* – 17/09/2003

VEJA - *Poder interior* - 25/08/2004

VEJA - *A medicina da alma* - 01/12/2004

VEJA – *O risco das terapias alternativas*
– 01/05/2002

VEJA - *Culpa* – por que esse sentimento se tornou um dos tormentos da vida moderna -
31/07/2002

VEJA – *Corpo & mente:*
o real poder do cérebro sobre a saúde
– 28/06/2006

VEJA – *Açúcar* –
novas razões para ter medo dele
– 30/08/2006

VEJA – *A mente e o espírito* – como o cérebro processa as emoções – 26/09/2007

ÉPOCA - *Os herdeiros do Prozac* - 06/05/2004

ÉPOCA - *Paz interior: como respirar num mundo irrespirável* - 05/03/2007

ÉPOCA - *Depressão* - 30/04/2003

ÉPOCA - *Depressão* - 02/02/2006

ÉPOCA - Viva melhor - 14/08/2003

ÉPOCA - O poder da mudança - 24/11/2005

ÉPOCA- Açúcar mata? - 30/04/2011

ISTOÉ - Fé faz bem à saúde - 01/06/2005

ISTOÉ – Viva bem aos 100 - 16/01/2002

ISTOÉ – A hora de cuidar do corpo - 08/05/2002