

**PEDRO SOUSA MARIENSE**

**QUALIDADE DE VIDA NA MÍDIA**  
*Veja, Época e Isto É*

**Porto Alegre. 2006**

**PEDRO SOUSA MARIENSE**

**QUALIDADE DE VIDA NA MÍDIA**  
*Veja, Época e Isto É*

Monografia apresentada como pré-requisito para a conclusão do curso de Comunicação Social, habilitação em Jornalismo, da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Helena Weber.

**Porto Alegre. 2006**

## **AGRADECIMENTOS**

À Milena, pela orientação e por me fazer manter os pés no chão.

À banca, Márcia e Sandra, por terem aceitado o convite e pelas leituras.

Aos familiares e amigos, Lúcia (mãe), Luís (padrasto), Wilmarzinho (avô), Darwin (pai), Juliana (prima), Cléber, Gustavo, Lucas, Paula, Nanda, Nenguirú e Luiz pelos apoios diversos: materiais-financeiros, espirituais, incentivos, leituras, dicas, sugestões, revisões, conversas, cervejas, e tudo o mais.

À Carine, por tentar me entender e por ser a minha Negrinha

**LISTA DE TABELAS****Tabela 1 / 31****Tabela 2 / 31****Tabela 3 / 32****Tabela 4 / 33**

## SUMÁRIO

### **INTRODUÇÃO / 7**

#### **1. ELEMENTOS TEÓRICOS / 10**

- 1.1. Genealogias do Biopoder / 12
- 1.2. Riscos, Nova Saúde Pública e Estilo de Vida / 17
- 1.3. Moralidade da Saúde, Investimento e Mídia / 21

#### **2. QUALIDADE DE VIDA NA MÍDIA / 27**

- 2.1. Considerações Metodológicas / 27
  - 2.1.1. Objeto de pesquisa: corpus e temas / 29
- 2.2. Abordagem dos Temas / 34
  - 2.2.1. Práticas Físicas / 35
  - 2.2.2. Práticas Alimentares / 39
  - 2.2.3. Espiritualidade / 41
  - 2.2.4. Lazer / 45
  - 2.2.5. Afeto / 48
  - 2.2.6. Sexo / 50
- 2.3. Qualidade de Vida na Mídia / 52

#### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS / 59**

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / 62**

### **ANEXOS / 67**

## RESUMO

Este trabalho procura entender como que a noção de *Qualidade de Vida* é veiculada nas revistas *Veja*, *Época* e *Isto É* em meio a uma resignificação de diferentes práticas sociais em termos de saúde. Parte-se do pressuposto de que isso pode ser compreendido a partir das novas *relações de poder* como delineadas por Michel Foucault, tendo no discurso da *nova saúde pública* um dos seus mediadores. A categoria de risco ampliada para a vida cotidiana dos indivíduos pela noção de *estilo de vida* representa uma nova modalidade dos sujeitos se governarem e se sentirem autônomos. A *Qualidade de Vida*, assim como as práticas que a constituem serão representadas como um empreendimento individual resultado da conquista de novos hábitos e comportamentos atingidos mediante um certo esforço e os recursos de cada um. Foram analisadas 26 revistas e 38 matérias.

## PALAVRAS-CHAVE

Qualidade de Vida. Nova Saúde Pública. Biopoder. Estilo de Vida. Mídia. Revistas.  
Veja. Época. Isto É.

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge da observação de um fato crescente na mídia e em discursos cotidianos: a presença da noção de *Qualidade de Vida*; mas, principalmente, da sua emergência enquanto uma nova necessidade humana. Uma nova meta de reformadores sociais e um direito a ser democratizado, independentemente do que se entenda por isso, a quem interesse ou o que perpetue. Daí se segue a justificativa desta monografia: o apelo do tema e a necessidade de outras abordagens sobre o assunto.

De fato, o conceito de *Qualidade de Vida* vem adquirindo proeminência nos últimos trinta anos. As estatísticas na literatura médica apontam um crescimento de cerca de 500 entradas do termo como palavra-chave na década de 1970, para mais de 15 mil em 2004.<sup>1</sup> Isso explica o porquê da noção englobar centenas de questionários de avaliação clínica.<sup>2</sup> No Brasil, associações e institutos<sup>3</sup> divulgam a sua importância, desenvolvendo concursos empresariais e dias comemorativos, através dos quais estimulam grandes organizações a adotarem programas de prevenção e promoção em saúde. Na mídia, produtos alimentares, remédios, condomínios, acessórios e até mesmo políticos a veiculam enquanto mote publicitário. Ao mesmo tempo, *Qualidade de vida* passa a englobar noções sócio-econômicas como as *de condições ou padrões de vida*, enquanto seus domínios objetivos e materiais.

Apesar dessa profusão, médicos, educadores, gestores de Recursos Humanos, profissionais da saúde e todos aqueles que assumem tal conceito como veraz e necessário, esbarram na dificuldade em defini-lo e em aplicá-lo à realidade. Surgem,

---

<sup>1</sup> Ver Fleck (2002) em:  
dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal\_des/eventos/apresentacoes/**Qualidade\_vida**\_Brasilia.ppt

<sup>2</sup> Ver [www.proqolid.org](http://www.proqolid.org), banco de dados de instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionados a saúde.

<sup>3</sup> Refere-se aqui a Associação Brasileira de Qualidade de Vida - ABQV e o Instituto Brasileiro de Qualidade de vida - IBQV.

então, os problemas substanciais. De que qualidade se trata? Que distinções são essas pelas quais as pessoas procuram? São valores culturais ou necessidades universais? De qual vida se fala? Como analisar e quantificar a qualidade? Como democratizá-la? Como avaliá-la em sua dimensão subjetiva? Paralelamente, ocorre um movimento pelo qual a noção é “naturalizada”. Diversos autores a fixam em origens consideravelmente distantes. Os gregos já se perguntavam sobre *Qualidade de Vida*. A humanidade sempre a buscou. Em meio aos questionamentos, definições não faltam. Por exemplo:

“condições necessárias para, adequadamente, satisfazer às exigências básicas, culturalmente definidas e indispensáveis a um desenvolvimento normal do potencial humano e ao exercício responsável da sua capacidade, sem menosprezar de maneira indevida seu meio ambiente físico e natural (CEBOTAREV, 1979 apud LEITE, 2000);”

“todo o bem-estar produzido por elementos sociais, econômicos, culturais, políticos, religiosos e ambientais que configuram não apenas as dimensões do ter e do possuir, mas também do ser, do viver em condições de produzir, de gerir e de usufruir bens e serviços necessários e disponíveis na sociedade (TEIXEIRA FILHO e SUGAI, 1984 apud LEITE, 2000)”

“busca incessante da satisfação pessoal, por meio dos conhecimentos adquiridos e da alteração no estilo de vida, para se obter equilíbrio entre corpo e mente. É assumir compromissos consigo mesmo, por desejar mudanças (MASSAD, 1995 apud LEITE, 2000)”

“percepção do indivíduo de sua posição na vida, no âmbito de seus valores culturais e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (FLECK., 1999 apud LEITE, 2000).”

Inegável, trata-se de tarefa imensa e complicada qualificar a vida de acordo com tais definições. “Busca incessante da satisfação pessoal”. “Equilíbrio entre corpo e mente” “... dimensões do ter e do possuir, mas também do ser...”. “Percepção do indivíduo de sua posição na vida...”. Enfim. Esse trabalho não procura aplicar tais conceitos nem refiná-los. Não irá pesquisar como adquirir *Qualidade de Vida*: desenvolver indicadores, índices; realizar pesquisas com grupos focais, etc. Nesse sentido, pode-se dizer que o estudo que se segue não é engajado com a causa, o que não significa que não possa contribuir de alguma forma.

Essa monografia parte do pressuposto de que *Qualidade de Vida* é uma noção ou conceito que adquire sentido se compreendido através das *novas relações de poder, enquanto governo da vida e dos corpos*, e em meio a uma *moralidade da saúde*. Nesse contexto, o discurso da *nova saúde pública* é um mediador fundamental. Através de categorias como *estilo de vida, promoção em saúde e fatores e risco*, a vida cotidiana e



o comportamento dos indivíduos adentram nos cálculos referentes às novas epidemias mundiais para cuja prevenção todos poderiam contribuir, tornando-se responsáveis. Ao mesmo tempo, diferentes práticas sociais adquirem uma função de saúde: amigos, lazer, espiritualidade, práticas lúdicas, tudo pode diminuir o stress, reduzir as taxas de colesterol, evitar um infarto, etc.

Esse último aspecto está muito próximo daquelas definições, no sentido de mobilizar uma variedade de domínios da existência. Não que a *Qualidade de Vida* possa ser considerada como uma causa histórica para a *moralidade da saúde*. Ela, antes, é um sintoma e seu operador, assim como aquelas práticas ressignificadas em termos preventivos. Logo, na medida em que ambas são sintomáticas, apresentando uma mesma característica, esse trabalho procura entender uma noção de *Qualidade de Vida* justamente através da análise de como essas práticas têm sido veiculadas pela mídia com tais funções. Em outras palavras, objetiva-se entendê-la, analisando e descrevendo alguns movimentos pelos quais relações de amizade, relações familiares, orações, caminhadas, etc. adquirem um significado preventivo ou terapêutico.

Para tanto, analisa-se como que tais práticas aparecem em reportagens e matérias de saúde, comportamento e bem-estar nas revistas de maior circulação do país: *Veja*, *Época* e *Isto É*. O corpus consistiu em 26 revistas e 38 matérias dos últimos 5 anos, de 2001 à 2006 escolhidas arbitrariamente. A metodologia consiste em elementos de análise de discurso e de análise de conteúdo.

O trabalho está estruturado basicamente em duas partes. A primeira, capítulo 1, desenvolve alguns elementos teóricos: subsídios para se entender a relação entre indivíduo e saúde e como isso está no cerne das novas relações de poder tal qual estudadas por Foucault. A segunda, capítulo 2, começa a análise das revistas subdividindo-se em três momentos: o primeiro, realiza considerações metodológicas e a descrição do corpus; o segundo, analisa as diferentes práticas separadas em seis temas: Práticas Físicas, Práticas Alimentares, Espiritualidade, Lazer, Afeto e Sexo; o último, desenvolve novos elementos e faz uma retomada, esboçando o que foi entendido por *Qualidade de Vida*.

## 1 ELEMENTOS TEÓRICOS

Foucault nos legou um arsenal teórico que tem se mostrado bastante fértil em análises do presente. Para cada um dos seus eixos e deslocamentos<sup>4</sup>, existe uma série de trabalhos e pesquisas que os retomam como suporte analítico e horizonte de interpretação. Seja as análises de discursos provenientes de uma reflexão arqueológica; seja os estudos sociológicos que perscrutam os delineamentos de uma filosofia do risco devedora de uma reflexão sobre o poder; seja, por fim, as observações de diferentes práticas de si provenientes de uma genealogia da ética, todos dialogam mais ou menos com as suas idéias.

O presente trabalho, da mesma forma, procura fundamentar-se em algumas das atualizações realizadas sobre as contribuições do autor, principalmente com relação às modalidades de poder originadas numa sociedade de capitalismo avançado e de novas tecnologias. Como a manutenção da vida e dos corpos entraria nos cálculos individuais e políticos? Em grande parte, é na esteira das reflexões acerca do *biopoder* posta por ele que tal questão vem sendo reconstruída. Nessa direção, Rabinow (1999) certa vez chamou atenção para o que ele identificava como sendo uma biossociabilidade cuja compreensão estava relacionada ao projeto genoma e o que dele poderíamos esperar na regulamentação da vida. Num futuro próximo haveria “grupos portadores de neurofibromatose que [iriam] se encontrar para partilhar suas experiências, fazer *lobby* em torno de questões ligadas as suas doenças, educar seus filhos, refazer seus ambientes

---

<sup>4</sup> “O primeiro deslocamento, no eixo do saber, vai da formação do conhecimento à análise das formas do dizer verdadeiro. O segundo deslocamento, no eixo do poder, leva de uma teoria geral do poder ou do domínio à história e à análise dos procedimentos de pensamento governamental e suas tecnologias. O terceiro deslocamento, no eixo do sujeito, conduz do desligamento de uma teoria do sujeito a uma análise das modalidades e técnicas da relação consigo ou à história das diferentes formas de uma pragmática do sujeito” (ORTEGA 1997, p.37)

familiares, etc. É isto o que entendo por biossociabilidade” (RABINOW, 1999, p. 147, grifo do autor).

À parte as predições e suas relações ao referido projeto, em sentido amplo tal noção serviria para “descrever e analisar novas formas de sociabilidade surgidas da interação do capital com as biotecnologias e a medicina” (ORTEGA, 2003, p. 5), as quais engendrariam novos critérios de identidade, não mais baseados em categorias como raça, etnia, classe ou estamento. (op. cit., p. 16) Os novos valores, noções e condutas que daí emergiriam poderiam ser entendidos dentro do que se convencionou em chamar de “healthism”, “santé-isation”<sup>5</sup>, ou uma *moralidade da saúde*. Nessa visão, o corpo e a saúde seriam encarados como fins a serem perseguidos e não apenas meios para outras práticas. Paralelamente, uma série de termos médico-fisicalistas surgiriam, desempenhando funções de marcadores morais e de distinção. Taxas, hormônios, células, órgãos, proteínas, etc. exercerão uma mediação em diferentes âmbitos de existência que passam a adquirir funções preventivas ou terapêuticas: práticas lúdicas, práticas familiares, práticas espirituais, práticas de lazer, etc. Dir-se-á que sexo diminui o colesterol; que amizade diminui os riscos da hipertensão, que bichos domésticos aumentam a auto-estima, e assim por diante.

Ao mesmo tempo, em um contexto de falência do Estado Providência e de predominância de mentalidades neoliberais, a saúde passa a ser uma responsabilidade individual; uma função da força de vontade do indivíduo que, de agora em diante, quanto mais são e esguio, melhor será o seu caráter e potencial empreendedor. Por outro lado, aqueles fora dos padrões estéticos e terapêuticos passam ao rol dos sedentários, preguiçosos, fracos e demais adjetivos.

“Nessa linha de pensamento, os novos estultos, os fracos de vontade, merecem as doenças que contraem, ao se reduzir tudo a um problema de falta de controle, de acrasia. Eles são alvo legítimo de repulsa moral e de ostracismo social. O sofrimento do outro não é reconhecido; é sua culpa, eles são donos de seu destino” (ORTEGA, 2003, p.14)

Como Ortega lembra (Id, 2003), as regras de biossociabilidade são reproduzidas no foco subjetivo através de práticas de ascese, as bioasceses, entendidas como deslocamentos entre “uma identidade a ser recusada e outra ser alcançada”. Trata-se da

---

<sup>5</sup> A tradução para o português seria algo parecido como “saudismo”.

reprodução auto-reflexiva de imperativos médicos, higiênicos, estéticos e corporais, através de um constante processo de autovigilância, autoperitagem e autogoverno, com base em exercícios, dietas, terapias, aquisição de informações, etc. Comparadas com as práticas da Antiguidade, as atuais bioasceses são conformistas, individualistas e apolíticas. Conformistas, por estarem pautadas em normas cientificamente estruturadas; individualistas, por cuidarem apenas do próprio corpo e bem-estar; e antipolíticas por estarem baseadas na nudez científica do biológico, inviabilizando um espaço entre os indivíduos e qualquer diversidade de opiniões.<sup>6</sup>

Na tentativa de reconstruir alguns elementos desta trajetória interpretativa, será feita, inicialmente, uma divisão do *biopoder* como elaborada por Caliman (2001), em dois percursos genealógicos: um primeiro, compreendido através do modelo da guerra, da dominação e da sujeição; e um segundo, analisado enquanto governo, uma ação sobre a ação. Em seguida, será delineado como que a noção de risco e o campo da saúde atuam nessa nova modalidade de poder na atualidade.

Ressalta-se, por fim, que tal percurso apóia-se em narrativas de ampla bibliografia as quais não se pretende aqui percorrer em sua amplitude, nem reconstruí-las criticamente. Procura-se apenas apontar sucintamente alguns dos seus elementos, devido ao espaço e as finalidades deste trabalho.

## 1.1 Genealogias do Biopoder

O primeiro percurso genealógico é caracterizado pela necessidade de se pensar o poder de uma outra forma, não mais através dos modelos jurídico-soberano e proibitivo-negativo. Interessa mostrar um poder estratégico, produtivo, voltado para os corpos e cuja docilidade ele viria a assegurar. Este primeiro percurso será constituído por quatro características: a) os seus dispositivos disciplinares; b) o seu caráter disperso e diverso; c) a ênfase nos seus operadores materiais de dominação; e d) a sua compreensão baseada na guerra, na dominação e na sujeição. (CALIMAN, 2001, p. 20).

---

<sup>6</sup> Ver as contribuições de Hannah Arendt e Giorgio Agamben a esse respeito em *A condição Humana e Homo Sacer*

Neste momento, o biopoder é apresentado em sua noção clássica, tendo dois eixos: um individualizante, centrado nos corpos; outro, totalizante, centrado nas populações. Uma anátomo-política e uma biopolítica. As disciplinas se encarregarão dos primeiros, através de um esquadramento do tempo e do espaço e de técnicas muito eficazes como o exame, a sanção normalizadora e a vigilância<sup>7</sup>. Ela estará presente nas escolas, prisões, hospitais, exércitos e outros locais onde se mostrará produtiva. No outro eixo, a população será objeto de técnicas de regulamentação, concebidas como imprescindíveis à força do próprio Estado. Através de um saber demográfico, centrado em índices de mortalidade, natalidade, doenças endêmicas, análises urbanas, etc. a vida adentra a política que doravante terá como função incrementá-la, assegurando a força da espécie.

As preocupações ligadas à manutenção da força de trabalho e da vida definem grande parte dos fenômenos com os quais a biopolítica está envolvida, fenômenos importantes como a velhice, os acidentes, enfermidades e anomalias diversas que colocam o indivíduo fora do circuito produtivo. Num momento em que a industrialização e a força de trabalho passam a ser elementos fundamentais para a economia e força do Estado, estes fenômenos ganham uma importância anteriormente inédita nas sociedades ocidentais. (CALIMAN, 2001, p.23)

Neste primeiro deslocamento, o biopoder será descrito ora tendo como ênfase a sexualidade, ora o racismo de Estado<sup>8</sup>. São as “temáticas da *raça*, da *sexualidade* e da *degenerescência* conectadas através do discurso médico” (CALIMAN, 2001, p.10, grifo da autora). Nelas, a medicina exerce um papel central, sendo o nexo entre os operadores disciplinares e as técnicas de regulamentação. No centro do quadro, a família. É ela que será o objeto principal a ser trabalhado, ao mesmo tempo medicalizada e medicalizante, vigiada e vigilante, função desse poder que institui a saúde individual e coletiva.

A família será o espaço privilegiado para o dispositivo da sexualidade, atravessado por um saber da hereditariedade, no qual “o sexo é visto na origem de todo um capital patológico da espécie”.(CALIMAN, 2001, p.29). Tal disposição servirá a uma classe que não pode refletir-se no passado, de cujas veias não jorra sangue azul e que se volta para a sua prole e a sua saúde: a burguesia envolta numa "cultura do esperma" (BILLOUET, 2003, p.154). Neste contexto, uma série de personagens a

<sup>7</sup> Ver Foucault (1976), especialmente terceira parte;

<sup>8</sup> Tais ênfases, na sexualidade e no racismo de Estado, encontram-se, respectivamente, nos últimos capítulos de *A Vontade de Saber* e *Em Defesa da Sociedade*;

corrigir estão entre aqueles que a psiquiatria irá se ocupar: a mulher histérica, o homossexual, o onanista, o cleptomaniaco, o agorafóbico, etc. Eles emergem em uma racionalidade médico normalizante que não estrutura-se mais na doença, mas sim nas excentricidades, nos desvios e deficiências. (CALIMAN, 2001).

No momento mesmo em que Foucault começa a se questionar sobre o modelo da guerra para a análise do poder, o racismo de Estado surge como uma reformulação, em moldes biológicos e científicos, do antigo discurso histórico-político da guerra entre as duas raças.<sup>9</sup> O que era, nos séculos XVI e XVII, um conceito difuso, relacionado a uma alteridade religiosa, lingüística ou territorial (CALIMAN, 2001) adentra o organismo da espécie humana no século XIX. A raça ganha corpo, literalmente. O racismo de Estado será a condição para o exercício da morte num biopoder cujo dever é instituir a vida através da eliminação das sub-raças e demais degenerações.

É neste ponto que ocorre o segundo percurso genealógico no biopoder. A dominação dos corpos e a regulamentação da vida deixavam pouco espaço para a resistência. (CALIMAN, 2001, p.61) Por outro lado, a guerra, enquanto esquema de poder, não era adequada para se pensar uma outra forma de objetivação do sujeito, não mais através do “modo da investigação” ou das “práticas divisoras.”(FOUCAULT, 1995) A uma forma de resistência que Foucault via surgir na atualidade e a qual identificava como sendo uma luta contra um poder que ligava as pessoas a suas próprias individualidades, ele atribuirá a noção de governo.<sup>10</sup>

O poder enquanto governo será aquele que se encarregará de “conduzir condutas e em ordenar a probabilidade”. Uma ação não mais sobre corpos submissos ou coisas inertes cuja potencialidade de oferecerem resistência seria nula, mas sim uma ação sobre outra ação. Em tal quadro, a liberdade passa a ser essencial, não enquanto uma relação de oposição, mas sim de provocação, de luta permanente e incitação recíproca, enfim, uma relação agonística (CALIMAN, 2001, p 66). Nesta nova modalidade, duas coisas serão necessárias para a sua manutenção: "que ‘o outro’ (aquele sobre o qual ela

---

<sup>9</sup> Ver *Em defesa da Sociedade*.

<sup>10</sup> Para Ortega (1997 p.40) a experiência do autor com a Revolução Iraniana (1979) é decisiva: “Partindo da revolução iraniana, da reflexão sobre as práticas de governo e do conceito de crítica, Foucault desenvolve uma noção de política que permanece constante em todos os seus trabalhos futuros: política entendida como recusa das formas de subjetividade”.

se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (FOUCAULT, 1995).

Seguindo uma divisão estabelecida por Gordon, Caliman (2001) nos apresenta quatro domínios históricos constitutivos desse segundo deslocamento do biopoder: a) o tema da filosofia antiga grega e do cristianismo, a natureza do governo e a idéia do governo como uma forma de Poder Pastoral; b) as doutrinas do governo no início da sociedade européia moderna associadas com a idéia de *razão de Estado* e de Estado policial; c) o início do liberalismo no século XVIII como uma forma de arte de governo; e, por último, d) as formas de pensamento neoliberal do Pós-Guerra como modos de repensar a racionalidade de governo (CALIMAN, 2001, p.69) Por enquanto, os três primeiros pontos serão abordados rapidamente. O último será retomado mais adiante.

O poder pastoral enquanto racionalidade de governo emerge entre os séculos XVI e XVIII como uma tecnologia privilegiada, num momento em que a problematização freqüente era sobre as artes de governar. Em uma época em que tal ação era utilizada em sentido amplo, servindo como condução da família, da alma ou do Estado, o poder pastoral será a base para o desenvolvimento de duas novas modalidades estatais: a razão de Estado e a polícia. Enquanto a primeira fornecia os saberes pelos quais o Estado se fortalecia, crescia e se mantinha, a segunda definiria os métodos para melhor atingir tais objetivos (CALIMAN, 2001, p.75).

Na medida em que a razão de Estado diferenciava-se da tradição cristã, voltada para direitos naturais e divinos, e da arte maquiavélica, preocupada com as relações entre o Príncipe e Estado, surgia uma racionalidade bem definida com seus saberes, técnicas e objetos delimitados. As razões de Estado constituirão, assim, uma arte cujo objetivo é conhecê-lo em todos os seus espaços e elementos constitutivos, para assim incrementá-lo. Nesse campo, a população e a vida surgiam como eixo central ao lado de uma tecnologia de polícia cuja responsabilidade era geri-las em todos os seus aspectos e detalhes, além da economia política ser seu saber principal.

A vida por inteiro, no que ela tem de *indispensável*, de *útil* e também de *supérfluo* é o que a polícia deve controlar, gerir e assegurar. Por esse mesmo motivo, seu objeto passa a ser indefinido, aberto a sempre novas

possibilidades e campos de abrangência. Uma polícia da religião, dos costumes, do comércio, da saúde, das estradas e da alimentação, que necessita de um conhecimento exaustivo e de um controle contínuo de todos estes domínios (Caliman, 2001, p.75 grifo da autora).

Em relação a esse processo, que Foucault chamaria de governamentalização<sup>11</sup>, e ao desenvolvimento de uma razão de Estado policial expansivo, o liberalismo surge como uma racionalidade de governo crítica que viria a se questionar sobre aquele através do princípio: “governa-se sempre demais – ou pelo menos é preciso suspeitar que se governa sempre demais” (FOUCAULT, 1997, p.91). Porém, antes de representar uma oposição, o liberalismo traz consigo uma mesma preocupação: a segurança. O par segurança-liberdade passa a ser o eixo chave desta nova racionalidade de governo e desta “sociedade de segurança”. “Para o Estado de prosperidade, a liberdade torna-se um efeito ou uma conquista possível na medida em que a segurança é priorizada. Para o liberalismo, a liberdade de ação passa a ser uma condição fundamental para que a segurança seja alcançada” (CALIMAN, 2003, p.82).

Se no primeiro deslocamento tínhamos uma sociedade de normalização com ênfase para seus operadores materiais e disciplinares, agora, estes mesmos dispositivos encontram-se a serviço da tecnologia de segurança. As disciplinas não são inutilizadas pelo liberalismo, antes o contrário: a liberdade é a liberdade para o autogoverno. “O processo histórico de constituição de uma governamentalidade burguesa demonstra a relação de complementaridade entre liberdade política e disciplina de vida. A disciplina esteve na base da democracia e a possibilitou” (CALIMAN, 2003, p. 89).

A partir de então, as análises do desenvolvimento do biopoder são atualizadas através de estudos focalizados no neoliberalismo do pós-guerra alemão e norte-americano: o *ordoliberalismo* e as teorias da Escola de Chicago.<sup>12</sup> É quando Foucault desloca-se em direção as práticas de si, pois “as análises das práticas de governo

---

<sup>11</sup>Foucault entende três coisas por governamentalidade: “o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, como forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por governamentalidade, entendo a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência desse tipo de poder que se pode chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina etc. [...]. Enfim, por governamentalidade, eu creio que seria preciso entender o resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XVI e XVII Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado” Foucault apud Revel (2005)

<sup>12</sup> Esses estudos foram desenvolvidos nos cursos realizados pelo autor no Collège de France e ainda não estão traduzidos para o português



permite relacionar as ‘técnicas de poder’ com as ‘técnicas de si’” (ORTEGA, 1997, p.37). Da contribuição desses deslocamentos, as temáticas da sociedade de controle, de uma filosofia do risco e das implicações sofridas pela medicina e pela saúde nas sociedades atuais podem ser retomadas. Nesse processo, antes de se voltar para as práticas do sujeito, Foucault apontou três movimentos confluentes na década de 1970 e que ainda permanecem atuais:

a) desenvolvimento de uma racionalidade de governo ligada à lógica de um mercado social de capitalização da vida; b) o aumento da busca por uma maior segurança e proteção que tem no indivíduo seu maior responsável e; c) o lugar cada vez mais central que a saúde passa a ter na vida individual e coletiva (CALIMAN, 2001, p. 94).

## **1.2 - Riscos, Nova Saúde Pública e Estilo de Vida**

Na atualização dos exercícios de poder a noção de risco surge como auxílio. É ele que estará no cerne da manutenção dos mecanismos de regulamentação da vida, porém através de outras modalidades. Se nas sociedades disciplinares a saúde e a energia dos corpos adentravam os cálculos políticos através de uma série de instituições vigilantes e normalizadoras, agora tais espaços se abrem, espalhando-se de forma tênue por todo o meio social. A gestão dos riscos servirá, então, para um novo controle, mais difuso e auto-consciente, em meio a uma racionalidade neoliberal da qual uma das premissas básicas é a condução da própria vida como uma empresa e cuja demissão é problemática (PETERSEN, 1997).

Segundo Vaz (1999) a passagem da norma ao risco deve ser pensada em meio a uma transformação das relações de poder num contexto de novas tecnologias e reformulação do capitalismo. Tal mudança representa um deslocamento no modo como os sujeitos lidam consigo, com os outros e com o próprio mundo. O risco, conjugado a valores como o bem-estar, a solidariedade ou a preservação ecológica, será a virtualidade do perigo que deveremos sempre ter em mente e com base no qual adequaremos nossas ações. O controle do presente estará sempre ancorado na previsibilidade de um futuro incerto, inseguro e que pode inviabilizar novas escolhas, se as anteriores forem mal feitas.

Na sociedade de normalização, a norma, a média, conectava fato e valor através de uma relação entre ser e dever-ser, entre o que estava dado de forma “sã” e o que ainda deveria ser corrigido. Tratava-se “de naturalizar os valores do presente por torná-los verdade, por apresentá-los como descoberta do que o homem verdadeiramente era.” (VAZ, 1999, p.9). Já na sociedade de controle<sup>13</sup> a naturalização do presente se dá sob a perspectiva da virtualidade, da antecipação do futuro no qual o perigo é possível. Nesse contexto:

A condição ontológica é que o futuro cada vez mais depende da ação humana; esta, por sua vez, depende da expectativa que formamos sobre o que pode ser o futuro; a expectativa, por fim, depende das informações sobre o futuro. O decisivo neste jogo estratégico é a capacidade de construir cenários, considerando como uma informação sobre o futuro irá condicionar o modo de os outros simularem o futuro e, assim, tomarem decisões: antecipar o modo como o outro antecipa e condicionar, através das informações, suas antecipações. (Vaz, 1999, p. 13)

Nesse jogo de naturalizações, o campo da saúde, através dos seus conhecimentos biomédicos e suas estratégias de promoção e prevenção, é paradigmático, por articular individual e coletivamente os seus imperativos as modalidades de risco. Apoiando-se em Armstrong (1993) Lupton (1995) mostra o que seria os quatro grandes momentos ou regimes da saúde pública nos últimos dois séculos: o primeiro, a quarentena, baseada numa circunscrição do corpo num espaço, será dominante até a metade do século XIX; a segunda, a ciência sanitária, baseada numa relação entre corpo e ambiente, emerge com o movimento sanitaria e suas preocupações com o meio circundante; a terceira, a higiene interpessoal, baseada numa relação entre os corpos, surge com a revolução bacteriológica; e, por fim, a partir da década de 1970, surgirá a “nova saúde pública”, retornando a atenção para as condições sociais e ambientais.

É esta última que tem vinculado a categoria do risco com as atuais manifestações que incentivam a responsabilidade individual na manutenção do corpo e da saúde. A *nova saúde pública* é apresentada tradicionalmente como uma reação aos modelos biomédicos terapêuticos e aos modelos de educação em saúde da primeira metade do século XX. Ao mesmo tempo, tem sido objeto de debate tanto para conservadores

---

<sup>13</sup> Deleuze em *Conversações* utiliza o termo para se referir a novas modalidades de poder, não mais baseadas no confinamento, mas no “controle contínuo e comunicação instantânea”

quanto para radicais.<sup>14</sup> Enquanto os primeiros vêm nas suas estratégias uma forma dos sujeitos administrarem a sua própria saúde ao lado de uma diminuição dos custos estatais, os segundos visualizam as possibilidades de uma mudança social através do *empoderamento*<sup>15</sup> das comunidades, gerando uma maior participação nos mecanismos de regulamentação.

No centro dessas discussões, como um mediador dos argumentos e das políticas a serem adotadas, está a noção de *promoção em saúde*. O termo surge na década de quarenta, mas adquire proeminência, trinta anos depois, através do conhecido relatório Lalonde<sup>16</sup>, homônimo do então ministro da saúde do Canadá. Nele fomentou-se o conceito de *campo de saúde*, constituído por quatro eixos: *biologia humana*, *ambiente*, *estilo de vida* e *organização da assistência em saúde*. A intenção era estabelecer medidas menos custosas com relação ao setor, através de incentivos de novos comportamentos e de atenção aos fatores ambientais condicionantes da saúde. (FRAGA, 2005)

Segundo alguns autores (PETERSEN, 1997, LUTON, 1995, SANTOS, 2002 apud FRAGA, 2005) tal processo estaria vinculado a dois fenômenos: um suporte a estratégias de privatização dos serviços de saúde e uma maior intervenção na vida privada das pessoas. Neste último caso, as diversas áreas de existência na sociedade deveriam ser vigiadas e controladas em busca de comportamentos mais saudáveis e menos arriscados, contribuindo, assim, para a diminuição com os gastos públicos. Através de noções como saúde holística, saúde positiva, saúde integral, etc. o homem e toda a sua vida (biológica e cotidiana) entra nos cálculos da administração dos riscos. Tudo passa a ter uma função de prevenção terapêutica.

A partir de então, basicamente três grandes linhas de análise dos riscos serão formulados na *nova saúde pública*: uma delas dirá respeito aos riscos externos, com relação aos fatores do ambiente: poluição, guerras, resíduos químicos, etc. A outra se voltará para o indivíduo, cujas escolhas, crenças e comportamentos, conjugadas no

---

<sup>14</sup> Tais posicionamentos políticos referem-se ao contexto da autora, no caso Austrália, mas também países de língua anglo-saxão.

<sup>15</sup> O termo se refere ao reforço de agentes da comunidade através de educação e informação para que tenham maior participação no desenvolvimento de políticas e reformas sociais.

<sup>16</sup> O relatório foi considerado uma revolução na então nova saúde pública, sendo adotado posteriormente pela OMS e outros organismos da Europa (LUPTON, 1995 p.50)

*estilo de vida*, serão condicionantes do estado saúde-doença. E, por fim, a dos grupos de risco, entendidos de forma diversa, seja através da carência ao acesso de serviços médicos, seja através de características patológicas ou predisposições a tais. (LUPTON, 1995, p.77)

É a segunda linha que fornece um melhor entendimento entre a função que o risco exerce nas novas relações de poder e o campo da saúde, porém se compreendida dentro de uma noção de *estilo de vida* mais ampla. Nem o seu sentido adotado pela promoção da saúde - o segundo eixo -, nem a sua formulação mercadológica, como um arcabouço de produtos e gestos padronizados disponíveis à venda. A noção que auxilia a compreender o laço entre *estilo de vida*, *risco* e *poder*, enquanto governo de si e dos outros, está na sua formulação dada por Giddens (2002).

Para esse autor *estilo de vida* deverá ser entendido, então, antes de tudo, dentro das modificações econômicas, científicas e comunicacionais e suas relações com as questões existências, experimentadas em nível individual e cotidiano na modernidade. Enquanto aprofundamento de processos primeiramente surgidos na Europa após o feudalismo, a modernidade tardia será entendida como um contexto pós-tradicional, na qual as possibilidades de escolha estão em constante fluxo de emergência e abertura, em que o eu se torna um projeto reflexivo. Se nas sociedades pré-modernas as mudanças identitárias estavam mais ou menos indicadas, com os ritos de passagem, por exemplo, na modernidade “o eu alterado tem que ser explorado e construído como parte de um processo reflexivo de conectar mudança social e pessoal” (GIDDENS, 2002, p. 37).

O eu enquanto processo reflexivo será aquele pelo qual os indivíduos constroem as suas identidades através da elaboração e reelaboração constantes de narrativas biográficas. Lá, onde os sujeitos se deparam com uma série de informações e imagens sobre como se viver feliz, tranquilo e de forma saudável, os *estilos de vida* surgem como “um conjunto mais ou menos integrado de práticas que um indivíduo abraça, não só porque essas práticas preenchem necessidades utilitárias” (GIDDENS, 2002, p. 79), mas também por “darem forma material” as suas narrativas particulares. A bem da verdade, como salienta Giddens, o indivíduo não tem outra escolha, a não ser escolher.

Logo, não se deve pôr no mesmo plano tal noção com as duas anteriores, mas também não se pode menosprezá-las. As condutas, hábitos e objetos, publicizados como estilos de vida pela saúde pública e pelo mercado, poderiam ser considerados como agindo em *setores de estilos de vida*, entendidos como uma “fatia do tempo-espaço do conjunto das atividades de um indivíduo, dentro do qual um conjunto de práticas relativamente consistentes e ordenadas é adotado e encenado.” (GIDDENS, 2002, p.81) Isso quer dizer que eles entram nos projetos reflexivos dos sujeitos, condicionando as suas existências, através de modulações mais ou menos conscientes dos seus comportamentos. O que se dá através de uma série de recursos, como manuais de auto-ajuda, terapias, exercícios, informações mediadas, consumo de objetos, etc.

Para resumir o exposto até aqui, pode-se dizer que as novas modalidades de poder, na medida em que necessitam do reconhecimento do indivíduo conduzido enquanto condutor, enquanto sujeito da ação, estruturam-se nessa reflexividade cujo operador central é a noção de *risco*. Por sua vez, a reflexividade é possível através de *estilos de vida* que dêem forma e sentido à existência das pessoas. As pregações sobre como se comportar, o que comer, de como se exercitar, que relações sociais manter, assim como todo o mundo de objetos, imagens, estereótipos que as circundam irão constituir padrões de hábitos em que “o eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade” (ORTEGA, 2003, p.6). Elas irão, assim, constituir os chamados *setores de estilos de vida*, na acepção de Giddens, ou o segundo eixo de avaliação dos riscos na *nova saúde pública*. O que falta, agora, é entender como que os imperativos de saúde coadunam-se às exigências de prazer necessárias para a manutenção de uma sociedade de investimento-consumo, uma vez que um dos fundamentos daqueles é, justamente, o controle dessas exigências.

### **1.3 - Moralidade da saúde, Investimento e Mídia**

Segundo Ortega (ORTEGA, 2003, p.6), “healthism é a ideologia que a medicalização adquire na biossociabilidade”. Aquela na qual a saúde deixa de ser um meio para tornar-se um fim, objeto de uma nova moralidade e de cálculos políticos. Ela será “não apenas uma falta, ausência de doença, [mas] o maior estado do ser, um estado de harmonia entre espírito, corpo, mente, sociedade e o ambiente, que será alcançado

através de transformações pessoais” (LUPTON, 1995, p.71). Junto a uma mentalidade neoliberal que reivindica a autonomia e a liberdade dos indivíduos, ao mesmo tempo em que transfere as responsabilidades, ela reclamará a saúde como uma empresa pessoal, uma condução levada a efeito desde que a devida força de vontade e autocontrole forem empreendidos.

Na *nova saúde pública*, isso se conjuga a uma série de teorias que apontam para a função das escolhas e atos conscientes nas próprias mudanças de comportamento.<sup>17</sup> A noção de *estilo de vida*, de hábitos e de crenças, avaliados em relação aos riscos, são balizamentos estratégicos a esse respeito, assim como os modelos holísticos que expandem as definições de saúde, incluindo sentimentos de autonomia, auto-estima, equilíbrio, etc. Em tais discursos, aparece a cisão entre saúde e pessoa. “A ausência de saúde passa a estar dentro dos indivíduos, algo potencial que pode ser construída através da virtude do engajamento em certos comportamentos e atitudes tidos como promotores de saúde” (LUPTON, 1995, p. 72)<sup>18</sup>.

No bojo desse processo, uma série de termos médico-fiscalistas surgem, desempenhando funções morais. Ao mesmo tempo, práticas do cotidiano passam a ser encaradas como modalidades preventivo-terapêuticas: amizade, espiritualidade, brincadeiras, tudo agora pode diminuir o colesterol, controlar a hipertensão ou reduzir o stress, bastando para isso um mínimo de engajamento. Em uma cultura de consumo, tais modificações acabam por gerar um grande mercado da vida. Não só os produtos buscam estar dentro das exigências terapêuticas, como saúde e bem-estar tornam-se importantes motes publicitários e, assim, rentáveis investimentos.

A compulsão consumista foi canalizada para o consumo de produtos de saúde, *fitness* e beleza (o que os norte-americanos chamam de *commodification* dos artigos de saúde), e a ambivalência se traduz na tentativa de reprimir qualquer desejo que prejudique a procura de saúde e de perfeição corporal. (ORTEGA, 2003, p.8; grifo do autor)

---

<sup>17</sup> “Entre os modelos comportamentais presentes no campo da educação em saúde destacam-se o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model), o Modelo de Redução de Risco para a AIDS (AIDS Risk Reduction Model), a Teoria de Estágios de Mudança (Stages of Change) e a Teoria da Ação Racional (Theory of Reasoned Action). São concepções que não se excluem mutuamente, mas que, na verdade, se complementam. Estas propostas buscam entender e predizer o comportamento humano e, assim, criar ferramentas adequadas para poder controlá-lo para o bem da saúde pública (Denison, 1996; Hamann, 1996; Mehryar & Carballo,s/d).” (ROCHA, 1999, p.53)

<sup>18</sup> Logo, não espanta a confluência, manifesta na mídia, entre avaliações de especialistas e discursos de auto-ajuda. O movimento é de mão dupla: os PHD’s se tornam gurus e vice-versa.

Tal ambivalência seria expressa através de um conflito entre os imperativos hedonistas e as bioasceses - as quais estariam relegando aqueles a um segundo plano. Ambos vêem o corpo como personagem principal. Enquanto os primeiros concebem-no como um precioso objeto de consumo, veículo de fruição prazerosa, as segundas exercem sobre ele um controle auto-vigilante cuja conseqüência é a somatização do eu. O resultado é, por um lado, uma identidade externalizada, na qual os valores psicológicos, mentais e espirituais adquirem uma conotação física e corporal; e, por outro, a emergência de um “corpo que consome e se consome” (VAZ, 1999, p.5). Porém na retórica dominante, trata-se não apenas do consumo no sentido de extinção de um bem, mas do consumo-investimento. O corpo que se consome é um indivíduo que investe em si, na sua qualidade de vida, na sua alimentação natural e que, portanto, capitaliza em saúde, em “longevidade”, em “juventude”, etc.

Aqui, os últimos estudos de Foucault acerca do neoliberalismo da Escola de Chicago e a sua formulação do *Capital Humano* podem ser retomados.<sup>19</sup> Para López-Ruiz (2005) essa teoria empreende, pela primeira vez, um pensamento do humano “explícita e sistematicamente como forma de capital” (LÓPEZ-RUIZ, 2005, p.48), o que já havia sido sugerido antes, mas fora impedido de ser formalizado por questões morais. O homem por completo passa a ser uma riqueza como qualquer outra e, assim, meio e produto de investimento. Não só o seu trabalho, mas, também, as suas capacidades, habilidades e a sua saúde, tudo se torna elemento capitalizável. Ao mesmo tempo, o indivíduo se transforma em seu próprio administrador. Torna-se seu próprio capitalista. Capitalista dos seus capitais humanos. Dessa forma:

“O *homo economicus* do neoliberalismo americano constitui-se, ao mesmo tempo, como uma reativação e uma inversão do *agente econômico* do liberalismo do século XVIII. Uma reativação por positivar a faculdade humana da escolha como a mais fundamental. Uma inversão na medida em que o homem cuja atividade deveria permanecer intocável pelo governo, passa a ser pensado como um *manipulable man*. Manipular o “homem manipulável” coloca-se como necessidade primeira desta racionalidade de governo.” (CALIMAN, 2001, p.91; grifo da autora)

---

<sup>19</sup> López-Ruiz (2005) aponta o nexos existente entre os estudos de Foucault e a Teoria do Capital humano através da obra de Gary Becker, um dos principais expoentes dessa teoria ao lado de Theodore W. Schultz.

Enquanto administrador de um capital do qual não pode se livrar, o homem busca geri-lo da melhor forma, procurando os investimentos que lhe proporcionem uma maior rentabilidade. É assim que diversos bens e serviços são reinterpretados enquanto possíveis rendimentos futuros, seja um novo posto de trabalho advindo de um curso, seja uma “terceira idade” com mais “qualidade de vida” através da adoção de um *estilo de vida* saudável. Nesse sentido “é o futuro o que justifica suas ações presentes. Com o deslocamento conceitual-valorativo que se dá do consumo para o investimento, estamos diante de uma nova e curiosa forma de postergar as satisfações consumindo agora” (LÓPEZ-RUIZ, 2005, p.237).

Logo, se “para se transformar num investimento, o gasto deve se enquadrar numa normativa que discrimina qual gasto é ou não é um investimento”.( LÓPEZ-RUIZ, 2005, p.238) em contextos no qual uma moralidade da saúde é imperativa, não haverá um melhor “fundo” do que aqueles que administram *os riscos* de adoecer, envelhecer, etc. Isso significa não apenas a compra de um universo de acessórios relacionados ao valor saúde, mas, também, em um engajamento na mudança de si mesmo, no investimento em um outro comportamento, em novas atitudes, novos hábitos, enfim, em outro *estilo de vida*. Trata-se, com certeza, da atividade mais rentável à disposição no mercado para os indivíduos - e para os preceitos da *nova saúde pública* -, pois para ela o capital de entrada é estar vivo e ter vontade.

Pode-se visualizar melhor, então, a relação entre aquela ambigüidade criada pelos imperativos de uma *saúde perfeita* e os de prazer e a *retórica do investimento*. Na medida em que o homem desloca sua fruição prazerosa, na ânsia de conquistar uma vida plena, uma “terceira idade ativa”, uma juventude mais longa, etc. o investimento surge como fundamento de sentido para as escolhas, coincidindo assim seus rendimentos com os imperativos de uma nova moral: mais vida saudável fora dos riscos. Na verdade, o investimento é por maior prazer potencial futuro, aquele no qual o corpo estará plenamente apto a se consumir, mas que nunca chega a se realizar. “Como se trata da capacidade de se arriscar e de se controlar, os objetivos da ação são preservar-se e dispor, no futuro, de uma vasta gama de opções. No presente, decide-se sobre o lugar de decisão no futuro” (VAZ, 1999, p.15). E, assim, até a morte.



Nesse processo, a mídia cumpre um papel especial, popularizando, veiculando, distribuindo imagens e informações para que os indivíduos se tornem aptos e capacitados na sua própria segurança e auto-avaliação das condutas. Ela mostra em que investir. A sua importância situa-se duplamente. Primeiro, no fato de que ela pode ser vista como uma atividade do cotidiano, parte da rotina através da qual os indivíduos conferem sentido às suas existências. A revista de saúde sempre traria uma dieta nova. A televisão poderia ser a hora sagrada do descanso; poderia servir para aquietar as crianças. O jornal seria o momento de sair para o trabalho, etc. Segundo, ela é um processo hermenêutico, uma vez que envolve interpretação e criação. Através dela os indivíduos realizariam “conjecturas” e “expectativas”, procurando entender as mensagens com mais ou menos atenção. O resultado disso é o que THOMPSON (1998) chama de *apropriação*, ou seja, incorporar e adaptar as mensagens a própria vida.

“Ao interpretar as formas simbólicas, os indivíduos as incorporam na própria compreensão que tem de si mesmos e dos outros. Eles as usam como veículos para reflexão e autoreflexão, como base para refletirem sobre si mesmos, os outros e o mundo a que pertencem” (THOMPSON, 1998, p. 45).

Trata-se da organização reflexiva do eu (*self*) - como visto antes, aquela na qual os indivíduos constroem narrativas para si e para os outros, estruturando suas identidades - que adquire novos delineamentos nas sociedades pós-tradicionais. Se até o desenvolvimento dos mídia, esse processo estava restrito a interações face a face, agora ele passa a estar mais e mais mediado por redes institucionais de informação e uma infinidade de mensagens simbólicas. Isso não apenas aumenta os recursos disponíveis para esse projeto, como o torna cada vez mais dependente “dos sistemas complexos para a produção e transmissão de formas simbólicas mediadas, sistema que a maioria dos indivíduos dificilmente pode controlar” (THOMPSON, 1998, p.188).

Se os indivíduos se tornam mais dependentes, por outro lado, expandem os usos com os quais transformam as mensagens apropriadas. Isso está relacionando ao fato de que tal apropriação varia conforme as histórias pessoais e os repertórios interpretativos de caráter social e histórico mais amplos, dentro dos quais os indivíduos adquirem determinadas *habilidades e competências*<sup>20</sup>. É a partir daí que eles “ajustam suas

---

<sup>20</sup> Thompson refere-se aqui aos estudos de Bourdieu cujo conceito de *habitus* auxilia a entender essas *habilidades e competências*. Trata-se de “disposições inconscientes, esquemas classificatórios, preferências implícitas e evidentes para a noção que o indivíduo tem da adequação e validade do seu

expectativas e avaliações aos seus julgamentos continuamente revisáveis daquilo, dadas as circunstâncias de suas vidas, que eles esperariam realisticamente realizar” (op.cit., p.184).

Logo, as mensagens veiculadas serão consideradas enquanto investimento-consumo, de acordo com determinadas estruturas prévias de gosto e disposições dos que delas se apropriam. Mas “se as pessoas não se sentem interpeladas pelos discursos governamentais [ou midiáticos], se não se reconhecem neles ou se não forem investidas por tais discursos, não responderão a eles conforme o previsto” (LUPTON: 2000 p. 15). Sobra, assim, uma margem de indeterminação e imprevisibilidade, o que explica, de certo modo, muito da ineficácia das propagandas e campanhas de prevenção.

## 2 QUALIDADE DE VIDA NA MÍDIA

Depois de traçado alguns elementos teóricos, é hora de retomar a pergunta pela qual este trabalho adquire sentido e expor os seus caminhos de análise. Como uma noção ou conceito como o de *Qualidade de Vida* atua e se mostra em meio a resignificação de diferentes práticas sociais em termos de saúde e com base nos aspectos anteriores? Na tentativa de construir uma possível resposta, esse capítulo foi dividido em três partes: a 2.1 faz algumas considerações metodológicas e descrição do corpus; a 2.2 realiza a análise das revistas propriamente dita e está separada em seis temas: Práticas Físicas, Práticas Alimentares, Espiritualidade, Lazer, Afeto e Sexo; por fim, a 2.3 segue o desenvolvimento e esboça algumas conclusões.

### 2.1 Considerações Metodológicas

Em termos metodológicos utiliza-se alguns elementos da análise de discurso por uma tripla razão: primeiro, pelas sua eficácia para fazer emergir certas relações de poder através da visualização de cadeias de sentido em uma determinada formação sócio-histórica. Aqui a noção de discurso deve ser vista enquanto “mediação necessária entre linguagem e história” para que os sentidos façam sentido e possibilitem as interpretações. Ela parte da idéia “de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua” (ORLANDI, 2001, p.17). Segundo, pela sua possibilidade de evidenciar significados para além do texto em questão, levando a outros discursos, sujeitos e posições, diferentes daqueles que possam parecer evidentes em relação ao locutor empírico. Por último, pela sua abertura com relação ao método, o qual adquire singularidade na medida em que se conjuga à pergunta e aos dispositivos teóricos e analíticos norteadores do estudo.

A partir de alguns trabalhos<sup>21</sup> que analisaram o discurso das revistas aqui em questão e que verificaram a predominância do tema ou do valor saúde, entende-se que a resignificação estará presente, em parte, como divulgação científica e como manual de auto-ajuda. No primeiro caso, trata-se de uma vulgarização de certas áreas da ciência, principalmente do conhecimento biomédico, com fins instrumentais, práticos sobre e nos quais um dispositivo de mercado intervém. Imagens cotidianas de um processo de aumento do conhecimento científico, de descoberta de comportamentos laboratorialmente normais, aparecem englobando diferentes práticas sociais. No segundo, a um imperativo para uma conduta de sucesso, - seja enquanto saúde, dinheiro ou qualquer outro valor - num mundo onde a quantidade de escolhas causa problematização e desconforto, o manual surge como tentativa de respostas. A ênfase para o indivíduo empreender com os seus próprios recursos, materiais, psicológicos ou mentais, é eixo do apelo.

Essas duas linhas prévias antecipam em parte algumas das estratégias de resignificação que se encontram nos textos. O que Maingueneau (2001) chama de cenas validadas, “aquelas já instaladas na memória coletiva”, poderiam ser, justamente, ou a imagem do progresso da ciência, com seus benefícios e novas descobertas; as recomendações dos especialistas e toda a sua autoridade; assim como os casos de pessoas que “deram a volta por cima”, saindo de um campo de risco, infortúnio, tristeza etc. a partir dos seus próprios esforços, conquistando o sucesso. Tais elementos já fazem parte do cotidiano, servindo a novos efeitos de sentido quando associados a esferas às quais não estavam tipicamente vinculados, pelo menos, não com determinadas funções. A partir daquele autor, será utilizada a noção de cena de enunciação, mais especificamente, de cenografia, que consiste nas representações as quais estão no discurso através de imagens, textos e personagens que asseguram o dispositivo de fala. Ela é “fonte do discurso e aquilo que ele engendra” (MAINGUENEAU, 2001, p. 87).

---

<sup>21</sup> Augusti (2005) analisando as matérias de capa sobre comportamento da revista *Veja*, entre setembro de 2003 e setembro 2004, mostra que 77,27% da veiculação refere-se ao valor saúde. Gomes (2004, p.51), em análise da identidade da ciência nas revistas *Veja*, *Época* e *Isto É*, constata a predominância de matérias relacionadas à saúde e à medicina. “57% das matérias de divulgação científica de *Veja* e 54% das de *Época* também tratam de questões ligadas à saúde do ser humano, enquanto apenas 13% e 4%, respectivamente, enfocam temas ligados às Ciências Humanas. Em *Isto É*, a predominância é maior: 73% contra 3%.”

Além disso, considera-se que o tipo de jornalismo da revista *Veja*, avaliado por (PRADO, 2003 e AUGUSTI, 2004) como performativo, pode ser ampliado para os outros títulos do corpus, principalmente, com relação a essas áreas. Trata-se da perspectiva em que “toda a enunciação constitui um ato (prometer, sugerir, afirmar, interrogar etc.) que visa modificar uma situação” (MAINGUENEAU, 2001 p.53) Como, por exemplo, modificar uma condição de obesidade, de hipertensão, ou de infelicidade, etc. por meio da veiculação dos vencedores ou de sugestões dada pelos especialistas.

### 2.1.1 Objeto de pesquisa: corpus e temas.

O trabalho estipulou áreas temáticas, referentes a práticas sociais diversas e que aparecem com funções preventivas de saúde: a) Práticas Físicas, b) Práticas Alimentares, c) Espiritualidade, d) Lazer, e) Afeto e f) Sexo. Para cada uma delas, tentou-se fazer uma descrição aberta através das suas práticas, os riscos aos quais elas estariam voltadas e os movimentos pelos quais elas adquirem um sentido de saúde, de bem-estar ou de *qualidade de vida*.

Essa divisão foi construída levando-se em consideração observações prévias de certas matérias, trabalhos e pesquisas sobre saúde, *Qualidade de Vida* e bem-estar elaborados em diferentes instâncias: de empresas a gurus de auto-ajuda, passando por psicólogos e economistas. Neles, observa-se uma característica central: o fato de que aqueles objetivos são alcançados somente através de uma noção integral, holístico do indivíduo e da sua vida. Trata-se de abordagens “multidimensionais”. Por exemplo, nas palavras do programa de *Qualidade de Vida* da empresa Philips - e que poderia ser aplicada a outras corporações - referente à noção de promoção a saúde:

"Arte e ciência de auxiliar as pessoas **a mudar o seu estilo de vida**, em busca de um estado de saúde mais satisfatório. Significa o **equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual**". [grifo nosso]<sup>22</sup>

Ou, então, o instrumento criado pela OMS, para a avaliação de *Qualidade de Vida*, WHOQOL<sup>23</sup>, formulado a partir da década de 1990 em grupos espalhados pelo

<sup>22</sup> Disponível em [www.abqv.com.br](http://www.abqv.com.br).

<sup>23</sup> World Health Organization Quality of Life. A definição é citada na introdução deste trabalho.

mundo. Sua versão completa, um questionário de 100 perguntas, está estruturado em 6 áreas: 1) Físico, 2)Psicológico, 3)Nível de Independência, 4)Relações Sociais, 5)Meio Ambiente e 6) Espiritualidade. Em cada uma dessas áreas, uma série de fatores são avaliados com base na percepção dos indivíduos acerca das suas próprias vidas: dor, religiosidade, amigos, trabalho, recursos financeiros, sexo, sono, transportes, etc.

Como nas revistas não são todos esses aspectos que aparecem, nem se procurou analisar o quanto elas estavam de acordo com determinado instrumental científico, partiu-se de noções mais ou menos instituídas socialmente e que nem sempre estiveram associadas a alguma noção de saúde e prevenções. Também foram usados alguns elementos teóricos que não estavam presentes no capítulo teórico dessa monografia, mas que o complementa. Enquanto divisão metodológica, os temas têm, antes de mais, a tarefa central de condução diante das matérias e das diversas práticas que atualmente são englobadas pelo valor saúde. Servem mais de divisão do que interpretação. Eles abrangem:

- a. Práticas físicas: trata-se de todo um conjunto de exercícios físicos, ginásticas, caminhadas, etc. e demais adestramentos corporais tidos como benéficos à saúde.
- b. Práticas alimentares: refere-se a um conjunto de alimentos, dietas e regimes nutricionais com finalidade preventiva e estética. A alimentação adquire um estatuto medicamentoso.
- c. Espiritualidade: diz respeito a práticas de origem orientais, como medicina ayurvédica e chinesa, meditação, yoga; práticas de caridade como voluntariado e práticas religiosas ou doutrinárias como orações e qualquer outro ritual.
- d. Lazer: considerado como qualquer atividade realizada fora do tempo de trabalho, a princípio sem obrigatoriedade e com prazer.
- e. Afeto: diz respeito a práticas familiares, íntimas, com relação a filhos e animais de estimação. Relações de amizade também entram, com base em atos confessionais e de apoio mútuo. O afeto está ligado a uma autenticidade enquanto abertura de um eu verdadeiro, que demonstra seus sentimentos e emoções.

- f. Sexo: é representada com uma prática heterossexual, na qual o prazer através do gozo é a grande finalidade. Assim, diferencia-se das noções orientais tântricas ou religiosas, com fins transcendentais ou sagrados.

O nosso corpus de estudo consistiu em uma primeira seleção aleatória de revistas de informação geral e segmentadas, através da análise de capas e matérias sobre saúde e medicina. Tais assuntos não estavam, necessariamente, sob os mesmos rótulos, sendo encontrados, também, em bem-estar, bem-viver, comportamento entre outros. Optou-se, então, pelas revistas de maior circulação e não segmentadas *Veja*, *Época* e *Isto É*, ficando-se com aquelas cuja capa era referente a alguma prática dos Temas, em um total de 26 revistas e 38 reportagens. O período de abrangência é de dezembro de 2001 a março de 2006.

A opção pelas revistas de informação justifica-se por dois motivos. Pelo seu estatuto jornalístico de construção social e o seu caráter específico dentro deste campo cuja síntese é oferecida em um anúncio publicitário: “Revistas. Nenhum outro veículo tem uma relação tão íntima, prazerosa e de confiança com o seu público.” (MÍDIA DADOS, 2005, p.236) Relações que poderiam ser traduzidas, caso sejam verdades, por escolha deliberada, reflexão e crença nos objetos de leitura e uso. Relações potencializadas pelas polifonias presentes nos conteúdos veiculados os quais são frutos de uma articulação tripla<sup>24</sup>: entre jornalistas e fontes; entre jornalistas enquanto membros de uma identidade, valores e cultura em comum; e entre jornalistas nos limiares de sentido em uma sociedade “por via dos limites com que os valores sociais marcam as fronteiras entre o normal e o anormal, legítimo e ilegítimo, aceitável e desviante” (AUGUSTI, 2005, p.49)

Sendo o trabalho qualitativo, questões de amostragem, relacionadas ao número de edições selecionadas para cada revista ou para cada ano, não foram consideradas relevantes. Utilizou-se cerca de 200 *Seqüências Discursivas* com o objetivo de demonstrar as estratégias de sentido presentes nas revistas. Elas estão designadas por “SD” e mais o código da revista e matéria a qual pertencem. Quando uma mesma

---

<sup>24</sup> Tal concepção de produção das notícias encontra-se amparada pelo modelo construtivista das teorias do jornalismo, a qual compreende duas linhas de abordagem: a estruturalista e a etnoconstrucionista [TRAQUINA 2004 apud AUGUSTI 2005 p.48]

revista possui mais de uma matéria, adiciona-se uma letra: a, b, c, d, ao seu código. Por exemplo: (SD 120; 1Va), *Seqüência Discursiva* de número 120, presente na revista 1-*Veja*, matéria a. (SD 43; 3IÉ), *Seqüência Discursiva* 43 presente na revista 3 - *Isto É*, nesse caso matéria única. As partes frisadas em negrito representam a ênfase no sentido que está sendo analisado. Abaixo estão representadas as tabelas referentes às revistas e matérias constitutivas do corpus (Tabela 1 e 3) e suas editoras, ano de criação e tiragens por mil (Tabela 2).

**Tabela 1 - Nº de revistas e matérias utilizados por título**

<b>Título</b>	<b>Nº de Revistas</b>	<b>Nº de Matérias</b>
Veja	10	16
Época	8	11
<i>Isto É</i>	8	11
Total	26	38

**Tabela 2**

<b>Nome</b>	<b>Editora</b>	<b>Ano de Criação</b>	<b>Gênero</b>	<b>Tiragem (mil)</b>
Veja	Abril	1968	Geral	1.110,3
Época	Globo	1995	Geral	428,3
<i>Isto É</i>	Três	1976	Geral	371,4

Fonte: Mídia Dados 2005



Tabela 3- Matérias utilizadas

Revista	Data	Capa	Matérias
1-Veja	1/12/04	A medicina da alma	O equilíbrio do cérebro e da alma
2-Veja	29/12/04	Especial verão saúde	a) Para quem não suporta a monotonia b) Férias: boa chance para aprender meditação
3-Veja	24/12/03	Fé - por que e como acreditamos	A terapia da prece
4-Veja	24/12/03	Especial saúde	a) Tem gente que até se diverte b) 1001 benefícios c) Bom para a mente, bom para o corpo
5-Veja	02/07/03	Dor de Cabeça	A mais comum das dores
6-Veja	23/07/03	Sexo	Pecado é remédio
7-Veja	30/07/03	Coração	Com o coração nas mãos
8-Veja	05/03/03	Os limites do corpo	Os limites do corpo
9-Veja	01/11/02	Especial saúde	a) O estilo faz o homem e a mulher b) Não dá para não fazer c) O corpo aquecido pela alegria d) Teste hábitos para uma vida melhor - está nas suas mãos
10-Veja	07/12/01	A fé que move o Brasil	A ciência da fé
1-Isto É	01/03/06	Nove lições de qualidade de vida	a) Nove lições para uma vida melhor b) Mentes brilhantes
2-Isto É	03/09/03	Medicina complementar	O melhor dos dois mundos-médicos
3-Isto É	19/10/05	Como gastar menos para manter a saúde	Saúde no bolso
4-Isto É	02/06/04	Como ganhar a guerra contra o colesterol	Virada contra o colesterol
5-Isto É	20/04/05	Dez erros que acabam com qualquer dieta	O peso dos tabus
6-Isto É	18/06/03	Sufoco na cama (sexo)	a) É bom para você? b) Companhia de atletas
7-Isto É	11/06/03	Bate coração	No ritmo certo
8-Isto É	26/11/03	Não falharás	a) Agora vai b) Hoje tem sexo? Tem sim, senhor.
1-Época	07/11/05	O segredo dos magros	O segredo dos magros
2-Época	14/03/05	O novo jeito de tratar a dor	Arsenal contra a dor
3-Época	05/12/05	A cura pelo equilíbrio	A medicina do equilíbrio
4-Época	31/10/05	A nova inteligência	Receitas para a Inteligência
5-Época	17/10/05	Stress versus coração	Infarto por estresse, desarme essa bomba
6-Época	29/09/03	Eternamente jovem	Velho é a vovozinha
7-Época	18/08/03	Viva melhor	Stress sob controle Simplifique a vida Mexe-se e relaxe Combata a ansiedade
8-Época	25/08/03	Obesidade zero	Obesidade zero

## 2.2 Abordagem dos Temas

Os temas estão em ordem quantitativa, ou seja, começa-se com os de maior número de ocorrências para o de menor. A análise de conteúdo constatou a predominância das *Práticas Físicas*, com 65,7 %, e das *Práticas Alimentares*, com 40%. Certamente, isso não seria de se estranhar, pois “quem nunca saiu de uma consulta médica com pelo menos três recomendações básicas: não se estressar, comer de forma equilibrada e fazer exercícios físicos?”. Tais ocorrências se limitam a reforçar a necessidade de “caminhadas”, “corridas”, da “diminuição do sal”, ou da estipulação de “metas viáveis” para não “fracassar” seja em exercícios ou em regimes.

Em terceiro lugar, com 34,2% aparece o tema *Espiritualidade*. Trata-se, em grande maioria, das terapias e práticas complementares: ioga, acupuntura, relaxamentos, que aos poucos alcançam espaço institucional e científico. Práticas religiosas como a reza ou meditação budista também aparecem. Em quarto e quinto, o *Lazer* e o *Afeto*. O primeiro refere-se a práticas que dão prazer, sejam quais forem: caminhadas, leituras, etc. De preferência, essa “sensação deveria ser levada para o cotidiano”. O segundo enquadra principalmente relações de amizade e familiares. São as “pequenas iniciativas amorosas e autênticas”, proporcionadas por elas que ajudariam a “manejar o stress”. Em sexto lugar, o tema *Sexo* aparece com 11,4%, apesar de ser a chamada de três capas. A explicação aponta para o seu valor final, não se deixando reduzir a estratégia preventiva.

Deve-se destacar que dois outros temas apareceram consideravelmente, mas não foram analisados. O uso de fumo e de álcool. Com certeza, nessa cruzada contra os riscos eles têm destaque. E aqueles que caem aos seus pés são considerados adotando “comportamentos auto-destrutivos” ou “incontroláveis e carentes de um nível mais elevado de racionalidade: portanto como não civilizados”. (LUPTON, 2000 p.36). Abaixo, a tabela de ocorrência dos temas.

Tabela 4 - Ocorrências por reportagens

Tema	Ocorrências por matérias	%
Práticas Físicas	23	65,7
Práticas Alimentares	14	40
Espiritualidade	12	34,2
Lazer	9	25,7
Afeto	7	20
Sexo	4	11,4
Total	69	

### 2.2.1 Práticas Físicas

O tema Práticas Físicas não é apenas aquele cujas práticas possuem maior incidência nas reportagens analisadas, mais de 60 %. Também, é a que engloba uma série de atividades corporais consideradas meios de prevenção indiscutíveis, além dos seus fins estéticos. Não só os médicos estariam convencidos dos seus benefícios, como todo mundo saberia e deveria instituir em suas rotinas os imperativos de praticar algum esporte, tendo-se em vista que “cada hora dedicada à atividade física rende 2h a mais de vida”. Ou ainda, pensando-se nos problemas a se evitar através da ginástica, “entre eles, a osteoporose, a perda da memória relacionada à velhice, a depressão, a ansiedade, os problemas de coluna, às dificuldades sexuais, o infarto, o derrame, a pressão alta e por aí vai.” Sem se falar no “corpo sequinho, magro, esculpido por músculos bem definidos” que “é uma alegria para o ego”:

Cada vez mais os especialistas estão convencidos de que a medicina não oferece nenhuma alternativa sequer comparável aos exercícios físicos em matéria de capacidade de prevenir doenças. (SD 26; 8V)

Ginástica regular previne e trata uma série de males - entre eles, a osteoporose, a perda da memória relacionada à velhice, a depressão, a ansiedade, os problemas de coluna, às dificuldades sexuais, o infarto, o derrame, a pressão alta e por aí vai. Calcula-se que cada hora dedicada à ginástica rende duas horas a mais de vida. Além disso, um corpo sequinho, magro, esculpido por músculos bem definidos é uma alegria para o ego. (SD 12; 4Vb)

Cada hora dedicada à atividade física rende 2h a mais de vida. O sedentarismo está relacionado a 37% das mortes por câncer, a 54% dos óbitos por doenças cardiovasculares e a 50% do derrames fatais. Vale a pena levantar-se do sofá, espantar a preguiça e começar a se mexer, não vale. (SD 32; 9Vb)

Na aritmética da longevidade “o *fitness* nos é apresentado como o ‘remédio universal’, que nos garante a independência da medicina (a qual se revela como sendo aparente), a proteção de todos os males da sociedade moderna – adições de todo tipo (drogas, sexo, consumo), depressões e distúrbios alimentares –, a receita da felicidade e da fidelidade [...] e a possibilidade de construção de uma biografia íntegra em tempos de desordem moral e desintegração social.” (GLASSNER, 1989: p182-187 apud ORTEGA 2003).

Porém, esse *fitness* não é o mesmo da “pastoral do suor” tal qual apregoado por Cooper<sup>25</sup> na década de 70 ou do esporte eugenista da virada do século<sup>26</sup>. Apesar de serem utilizados mais ou menos como sinônimos, não se fala em “*fitness*”, enquanto “esporte”, “exercícios” ou nome de modalidades (“ginástica”, “corrida”, etc.) aparecem em menor quantidade. A palavra chave é “atividade física”. Uma explicação para tanto, está em dois movimentos principais que Fraga (2005) descreve: o auge e declínio dos preceitos de Cooper e, posteriormente, os debates internacionais acerca dos elementos essenciais e acessíveis a todos para a prevenção em saúde através da atividade física. O resultado foi o deslocamento “da fórmula exercício aeróbico – consumo de oxigênio – aptidão física’, pressuposto fundamental da pregação de Kenneth Cooper, para ‘atividade física – gasto energético – vida ativa’. Inversão fundamental para as pretensões econômicas, políticas e sanitárias do emergente mercado da vida ativa” (FRAGA, 2005, p 63).<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Kenneth Cooper ficou famoso por pregar corridas de alta intensidade e 12 minutos de duração, três vezes por semana, como forma de prevenção cardiorrespiratória. A sua maquinaria publicitária foi tão forte que até hoje se fala em “fazer cooper”.

<sup>26</sup> Courtine (1992, p 95) ao estudar a cultura do corpo nos EUA, comenta as suas ligações com o esporte e educação física. “O músculo não era apenas o “amigo da ordem”, era também uma questão de eugenia na “democracia da forma”. Isso ficava evidente nos corpos femininos. “[...] tornar musculosas as mulheres, que garantem a qualidade da reprodução da raça. Regenerar uma *middle-class* branca que se sente ameaçada: a prática da bicicleta fortalece, imagina-se, os músculos do útero.”

<sup>27</sup> Na “I Conferencia Internacional de Consenso sobre exercício físico, aptidão física e saúde” de 1988, realizada em Toronto, foram chancelados os principais termos em questão “Atividade física, por exemplo, ficou definida como: “Qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em energia física despendida” (BOUCHARD ET AL., 1988); diferenciando-se de exercício: “subcategoria da atividade física com características definidas de planejamento, estrutura e repetição com o objetivo do melhoramento ou da manutenção de um ou mais dos componentes da aptidão física” (BOUCHARD ET AL., 1988) E *Activating Living*: “Modo de vida que valoriza a atividade física como um elemento fundamental das experiências vividas por cada um. Ela se caracteriza pela integração de todas as formas de atividades físicas da rotina diária e no lazer, permeando todos os aspectos e estágios da vida (BOUCHARD ET AL., 1988)” (FRAGA, 2005, p 63).

Apesar dessa “vida ativa” não ser aquela dos esportes, principalmente os coletivos, nas revistas analisadas, uma referência muito específica deve ser mencionada. Trata-se desta modalidade enquanto um novo instrumento empresarial.<sup>28</sup> Ao mesmo tempo em que preveniria doenças, os “funcionários” estimulariam o seu espírito de equipe, “buscando ultrapassar os seus limites”. O resultado seria bom para ambos os lados, funcionários e empresas: enquanto os primeiros “ficam satisfeitos”, as segundas tornam-se “mais lucrativas”:

**A iniciativa é vantajosa para os dois lados.** O funcionário fica satisfeito por **cuidar da saúde**. Eles **perdem peso**, largam o cigarro melhoram o humor e extravasam o stress com o esporte. Do outro lado, **a empresa só tem a lucrar. Contente, o empregado trabalha melhor.** (SD 93; 7IÉb)

Da mesma forma que Ana, os funcionários que praticam **esportes** estão **sempre buscando ultrapassar limites.** (SD 94; 7IÉb)

O diretor de comercialização Márcio Milan, 54 anos, que trabalha na empresa, **desfruta dos benefícios do esporte**. Aos 45 anos, ele [decidiu mudar de vida. "Vivia estressado, comia mal e estava 4 quilos acima do peso. Percebi que era preciso adotar outro estilo de vida", conta.] (SD 95; 7IÉb)

Nesse deslocamento, independentemente dos termos que se use, na academia ou nos parques, nas horas vagas ou pulverizado na rotina, deve-se encontrar “uma atividade física que se goste”, que “respeite os limites naturais” para que, depois que o corpo se adapte, aconteçam “mudanças químicas e psicológicas,” e isso passe a “proporcionar uma sensação de prazer”. É como conceder uma ajuda à “força de vontade”, fazendo-a chegar e ultrapassar as exigências disciplinares, até que a atividade física possa se tornar “natural”, um hábito, algo feito sem grandes preocupações e que, de agora em diante, não sairá da vida das pessoas. Trata-se de uma estratégia eficaz na administração dos riscos, seja relativa a saúde, ou relativa ao fantasma de ser um fracassado:

É a **alta taxa de fracasso** daqueles que resolvem da noite para o dia entrar em um programa qualquer de exercícios puxados. Por isso, **é melhor encontrar um ritmo confortável e uma atividade que proporcione satisfação.** (SD 122; 1É)

---

<sup>28</sup> “Para se adaptar as novas exigências mercadológicas, empresas vêm procurando incentivar a prática regular de atividade física, algo que a princípio pode ser considerado positivo, porém os investimentos vem sendo cada vez mais compartilhados com funcionários/as e executivos/as que, independentemente de sua vontade, são obrigados a arcar, direta ou indiretamente, com as despesas decorrentes da vida ativa incentivada pela empresa. Foi o que fez o grupo Algar, em 2002, quando criou Programa de Desenvolvimento Individualizado da Saúde. Dirigido aos 220 executivos da organização, o programa condicionou 20% do bônus a mudança de hábitos físicos e alimentares” (LACERDA, 2004).” [FRAGA 2005, p.40]

O.k., não vai tirar pedaço continuar sonhando com aquele físico ideal e praticamente inalcançável. **Mas não se esqueça de que quem fica só sonhando carrega um único peso: o da própria e culpada consciência.** E esse não derrete 1 g sequer de gordura (SD 27; 8V)

"E o exercício precisa ser voluntário e prazeroso para que ocorra maior produção de neurônios" diz Muotri. (SD 141; 4É)

Descobrir uma **atividade física prazerosa** e adotar [hábitos alimentares saudáveis] é melhor forma de compensar os efeitos da genética, que muitas vezes conspira contra magreza. (SD 184; 8É)

O esforço para mobilizar energia para esse exercício não é prazeroso. **Mas quando a atividade respeita os limites naturais e começam a acontecer algumas mudanças químicas e psicológicas, isso passa proporcionar uma sensação de prazer"**, explica Élan. (SD 109; 9IÉa)

[...]Entre elas [colocar metas] de pequeno e longo prazos (**para não esperar demais e se frustrar depois**), **iniciar programas com uma atividade física de que goste**, e gradativamente, em casa trocar as prateleiras de chocolates e salgadinhos por alimentos menos –tentadores (SD 82; 6IÉ )

Se essa estratégia não der certo, há, ainda, um outro modo pelo qual as pessoas poderiam desenvolver um “comportamento ativo”. Porém, ele não apenas é indesejável quanto custoso. É o caso de se praticar atividades físicas pelas necessidades impostas após um infarto ou derrame, apenas citando-se os exemplos costumeiros. Nas revistas, trata-se de empresários estressados, pessoas obesas ou consideradas sedentárias com taxas de colesterol, pressão sanguínea e açúcar acima das linhas aceitáveis. Depoimentos daqueles que foram obrigados a “entrar na linha” por não darem ouvidos às sugestões, ou por não terem sido seduzidos pela sugestão certa, como esta: “encare a prática regular de exercícios físicos como quem poupa dinheiro para uma aposentadoria tranqüila”:

Mesmo depois de tudo que foi dito e escrito sobre as maravilhas que a ginástica pode proporcionar 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 tranqüila.** (SD 30; 9Vb)

Com o [empresário] Vitor Sarlo, 54 anos, foi assim. Ele começou a se cuidar depois que foi parar no hospital, com a taxa de colesterol total acima de 250 mg/dl e pressão alta. Agora, ele [come direito] e **corre três vezes por semana.** Com essas medidas, baixou o LDL para 190mg/dl e controlou a pressão. Ainda não é o ideal, mas Victor persiste. **"Aprendi a ter melhor qualidade de vida"**, diz. (SD 73; 4IÉ)

### 2.2.2 Práticas Alimentares

O tema Práticas Alimentares não indica uma suposta arte da culinária, uma gastronomia com pratos bem ornamentados ou verduras e carnes selecionadas. Antes, o que se mostra são os preceitos de uma dietética alimentar, mais especificamente, os “erros que acabam com qualquer dieta”. Nem receitas com baixas calorias, dicas de comidas com taxas de gordura ínfimas. As seqüências abordam a necessidade de se adotar uma “alimentação saudável”, mas acima de tudo, desenvolver novos “padrões mentais”, os quais favoreceriam uma nova “atitude” e “estilo de vida”: “a das pessoas magras”. Para tanto, o início desse processo parte de um dever-ser “honesto” consigo mesmo: “você presta atenção no que come?”. A mudança do pensamento em busca de um corpo magro e expurgado da chamada “obesidade mórbida” iniciaria por uma confissão<sup>29</sup> para si mesmo cujo resultado seria o reconhecimento de uma condição “ingrata”: a de se pensar/ser gordo”. Caso essa programação não seja conquistada correr-se-ia o risco de o “obeso ficar magro com cabeça de gordo” e a dieta, logo, estaria fadada ao fracasso:

**Honestamente: você presta atenção no que come?** Certamente não. E aí está o problema. **Está provado que a alimentação é um dos fatores de qualidade de vida.** Se for correta, as chances de as doenças aparecerem ficam menor. **"E ter saúde é viver uma vida mais feliz"**, explica Duval Rivais Filho, presidente da associação brasileira de nutrologia. (SD 51; 1-IEa)

Faltava, no entanto, algo que auxiliasse essas pessoas a vencer outra barreira importante: **a dos pensamentos que emperram o sucesso de qualquer programa de emagrecimento a longo prazo.** (SD 81; 6IE)

"Eu não me privo de comida mineira, mas **coloquei na cabeça que um prato é o suficiente**", diz o advogado Fábio Tavares. (SD 115; 1É)

"Se não trata a causa, o **obeso fica magro com cabeça de gordo** e em pouco tempo volta ao peso anterior", avalia o psiquiatra Arthur Kaufman, do HC (SD 187; 8É)

Médicos que estudam o tema acreditam que aqueles que **vencem a balança** com mais facilidade acabam desenvolvendo **fórmulas mentais** que os fazem **ter atitudes de pessoas magras** (SD 121; 1É)

---

<sup>29</sup> Segundo Foucault (2006, p.71) “a confissão é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado; é, também, um ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar; ritual onde a verdade é autenticada pelos obstáculos e as resistências que teve de suprimir para poder manifestar-se; enfim, um ritual onde a enunciação em si, independentemente de suas conseqüências externas, produz em quem a articula modificações intrínsecas: inocenta-o, resgata-o, purifica-o, livra-o de suas faltas, libera-o, promete-lhe a salvação.”.

Porém, apenas alterar os padrões mentais, através da autoconfissão, não parece ser o suficiente, ainda assim “se você acha que pode atingir o objetivo a que se propõem, continue. Caso contrário, mude as metas de maneira que consiga cumpri-las”. Nesse caso, os novos esquemas de pensamento devem considerar as possibilidades de cada um. O regime não pode ser radical, retirar os alimentos “mais desejados”. Deve-se promover uma mudança “gradual”, diminuir as calorias “o mais próximo possível da vida das pessoas” para que os novos hábitos sejam “eficientes” e “efetivos”.

**Restrição à excessiva desestimula o obeso.** "A melhor opção é estimar uma quantidade de calorias o **mais próximo possível da vida das pessoas, estabelecendo metas reais, e estimular uma gradual mudança de hábitos**", explica o nutricionistas e Jaqueline Farret, do Hospital Pró-Cardíaco, no Rio de Janeiro (SD 186; 8É)

A mudança dos hábitos na mesa **pode ser gradual e o resultado, prazeroso** p62 (SD 52; 1-1Éa)

É possível manter o **corpo em forma sem sofrer** com dietas torturante. Dez magros dão a receita. (SD 113; 1É)

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 prazo** (para não esperar demais e se frustrar depois), [iniciar programas com uma atividade física de que goste], e gradativamente, em casa trocar as prateleiras de chocolates e salgadinhos por alimentos menos – tentadores. (SD 82; 61É)

Por isso, o importante é não tirar **radicalmente nenhum alimento, muito menos os mais desejados**. (SD 84; 61É)

E daí para frente, ela acredita que a roda da mudança é também impulsionada pelo **aumento da auto-estima**. "É a sensação de propor uma **meta viável e cumpri-la**", acredita. Em resumo, a idéia é **parcelar o esforço e comemorar as pequenas vitórias**. Foi o que fez a secretária Cláudia Giorgetti, 38 anos. Depois de passar mais de uma década testando regimes, [ela investiu] em um processo a longo prazo e se matriculou no programa de emagrecimento Meta real, que oferece um ciclo de palestras para discutir temas relacionados com a obesidade com duração de 52 semanas (SD 110; 91Éa)

Observa-se as relações entre os imperativos de saúde e os imperativos de prazer, entre a necessidades da autodisciplina impostas pelas bioascese e aquelas, de uma sociedade de consumo. Nessas configurações “o desejo e a auto-indulgência são incitados em um fórum e contidos persuasivamente no seguinte, induzindo a uma busca de compensação por auto-indulgência seguida por uma necessidade de exercer controle. Assim os indivíduos estão colocados em uma dupla ‘sujeição’ na qual eles se movem entre o consumo e o ascetismo, entre o princípio da *performance* e 'deixar-se levar'



(Bordo, 1990 p. 97). Nesse contexto, as exigências em relação à saúde são consumidas em alguns momentos e rejeitadas em outros em um contínuo ciclo de controle e liberação" (LUPTON, 2000, p.28).

Contudo, independentemente das dores e dos prazeres que se passe, os benefícios que o expurgo da obesidade traz consigo são “motivadores”. Além das prevenções relacionadas à saúde, o emagrecimento serve de cupido, o qual pode encontrar-se nas salas de espera das clínicas. A “paixão” e o “amor” são celebrados nesse novo altar cujo pacto sagrado é manter o peso e as palavras finais são: “juntos, os dois perderam 146 kg”. Conseqüentemente, tornaram-se muito mais felizes.

Em 18 meses, os 148 kg minguaram para 72- menos da metade do peso inicial. “Sou outra pessoa: com a auto-estima lá em cima e pronta para amar”, conta. O atual namorado, **Celso Abramovitz, de 35 anos, Suzi conheceu na sala de espera de uma clínica especializada em obesidade mórbida. Juntos, os dois perderam 146 kg e celebram a paixão. “A vida ficou muito mais leve”, brinca Abramovitz (SD 183; 8É)**

**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 o [estilo de vida saudável]: comer com parcimônia os alimentos certos, dormir bem, [fazer ginástica]. (SD 28; 9Va)**

### 2.2.3 Espiritualidade

Como havia sido mencionado, a temática espiritualidade enquadrava pelo menos três áreas, as quais podem, agora, ser delimitadas de forma mais clara<sup>30</sup>: 1)práticas orientais: medicina chinesa, ayurvédica, yoga e meditações; 2)práticas religiosas: o ato da fé ou da crença, juntamente com a prática da reza; e 3)práticas de caridade<sup>31</sup>: o voluntariado e suas manifestações de ajuda ao outro: creches, orfanatos, etc. Dentre

---

<sup>30</sup> Algumas práticas aparecem nos textos e não estão representadas em tal divisão por não se encaixarem em nenhuma delas ou, ao contrário, encaixarem-se em duas ao mesmo tempo. É o caso da antroposofia ou da homeopatia, que não são nem religiosas ou orientais, muito menos podem ser consideradas como voluntariado; é também o caso do budismo, prática religiosa e oriental. Como os objetivos deste trabalho não são descrever exaustivamente as práticas presentes nas revistas, mas antes procurar certas estratégias comuns pelas quais elas adquirem um novo sentido, acredita-se que o que for descrito para outras práticas o serve para as que não tiverem sua referência explicitada.

<sup>31</sup> Embora originariamente as práticas de caridade estejam associadas ao universo da religião as revistas evidenciam um movimento da sociedade, no qual altruísmo, caridade e voluntariado andam juntos de forma secular, sem referências a autoridades ou doutrinas religiosas, com forte influência da retórica empresarial da responsabilidade social, e da filantropia, etc

elas, algumas são mais evidentes como a Ioga, a meditação ou a acupuntura. Uma explicação para isso – para que tais práticas sejam mais evidentes assim como para que outras venham a adquirir a mesma condição – é o aumento da sua legitimação institucional, por um lado, e a sua profusão em diversas camadas da população, por outro. Universidades, institutos de pesquisas – apoiados ou não pelo mercado - que se voltam para os efeitos da ioga, da meditação, da reza; mas também a população que lança mão de todos os métodos e recursos que lhe estiver ao alcance em busca de cura ou de alívio:

**Os brasileiros se rendem cada vez mais** a terapias como acupuntura e shiatsu. (SD 60; 2IÉ)

**A força das terapias alternativas é um fenômeno mundial.** Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que nos EUA, por exemplo, há cerca de 40 milhões de adeptos. (SD 63; 2IÉ)

**O interesse da medicina tradicional pelo tema é cada vez maior. Mais de 70 das 125 escolas de medicina** dos Estados Unidos oferecem, em sua grade curricular, cursos que estudam as [interações entre a espiritualidade e a saúde] (SD 5; 3V)

**O limite entre o bem e o mal das terapias complementares começa a ser averiguado ainda em outro nível - o científico.** p 50 (SD 66; 2IÉ)

Já que **é impossível varrer essas terapias para baixo do tapete**, a academia decidiu submetê-las ao escrutínio da ciência ocidental. (SD 136; 3É)

Nesse “escrutínio da ciência ocidental”, diga-se da racionalidade médica oficial<sup>32</sup> na sua forma biomédica, para estabelecer os “limites entre o bem o mal” o aumento do conhecimento científico ultrapassa as buscas de novos meios de cura e tratamento, representando uma disputa entre os modelos de constituição da verdade e suas instâncias de legitimação. Luz (1988) ao descrever o confronto, no século XIX, entre biomedicina e vitalismo homeopata, comenta que as teorias e conceitos que não se enquadrassem na morfologia do modelo científico cuja expressão na medicina era a clínica anátomo-patológica e a fisiologia mecânica, não tinham chance de se legitimar. Mais de século depois, tal situação não está distante. Assim, quando há um embate entre técnicas alternativas e medicina oficial, o máximo que as primeiras conseguem é ser complementares:

---

<sup>32</sup> Para Luz (2005) a racionalidade médica é constitutiva da racionalidade científica moderna e “supõe um sistema complexo, simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica. Com o desenrolar da pesquisa [projeto *Racionalidade Médicas* desenvolvido no IMS-RJ desde 1992], descobriu-se uma -sexta dimensão, que embasa as anteriores, e que pode ser designada como *cosmologia*.”

O especialista Antonio Carlos Lopes, presidente da sociedade brasileira de clínica médica, por exemplo, defende o bom senso na aplicação dos métodos complementares. **"Acho que é possível trabalhar em conjunto se os terapeutas entenderem que devem seguir as orientações do médico"**, afirma. (SD 65; 2IE)

Ao mesmo tempo, não é sem uma certa desconfiança que tais práticas adentram a esse universo, ou melhor, não é sem uma tensão na própria imagem da ciência ou uma reafirmação da sua superioridade que rezas, meditações ou fitoterápicos adquirem um novo estatuto:

Contrariando a corrente, porém, nos últimos anos um número considerável de pesquisadores têm tentado aplicar o método científico para explicar eventos antes rotulados de sobrenaturais. **Não se trata de uma rendição. A boa ciência continua sendo feita com base em provas factuais e na idéia de que um experimento só deve ser considerado científico se puder ser repetido, independentemente, por diversos laboratórios** (SD 40; 10V)

Apesar desses movimentos de avaliação e exame sob os imperativos do método científico, as práticas espirituais apresentam-se “comprovadamente” eficazes, o que se deve a um duplo aspecto: sua influência direta sobre o corpo, através da sua gestão orgânica; e suas relações com determinadas condutas, mediante traços de comportamento adequados. Por um lado é a própria prática que estimula a saúde, que previne riscos e doenças. A Ioga faria, por exemplo, “uma espécie de massagem no sistema linfático”. A meditação “baixaria a pressão arterial”. Pode-se dizer que a causa é direta. Por outro, a prática torna-se eficaz através da sua associação a posturas mais regradas daqueles que as exercem. Aqueles que rezam são “mais disciplinados”. Quem tem fé é “menos propenso a fumar”, ou está mais “apto” a “sobreviver” por seguir as recomendações médicas. Exemplos:

Entre os **benefícios físicos atribuídos a ioga**, diz-se que ela faz **perder peso**, ajuda a **diminuir o ritmo cardíaco**, a **regular o funcionamento do sistema respiratório**, a **reduzir a pressão sanguínea** e os **níveis de colesterol**. (SD 14; 4Vc)

A hipótese mais aceita é de que **a acupuntura estimula a produção de substâncias cerebrais analgésicas, como a endorfina**. E não só isso. A técnica também tem ação benéfica contra a **ansiedade e a de depressão**, doenças que podem ser desencadeadas quando a dor já atingiu um estágio crônico. (SD 132; 2É)

Os estudiosos do fenômeno ainda se dividem entre **os que explicam os bons resultados pelo [estilo de vida], claramente mais saudável das pessoas religiosas**, e os que vêem nas curas a intervenção divina. (SD 4; 3V)

Betty descobriu a cura aderindo ao budismo. Com as ferramentas da religião, passou a praticar **exercícios de autoconhecimento e buscar uma postura mais pacata**.

"Ninguém está livre do stress. Só que aprendi, com essa filosofia, **a direcionar a minha natureza geniosa e impulsiva e eliminá-la por meio de um auto-exame e de uma auto-reforma**", diz a atriz. (SD 178; 7É)

Tais descrições podem se combinar para incrementar a funcionalidade das práticas das quais se fala. Um caso é o da fé, cujas propriedades terapêuticas e preventivas estão não apenas ligadas ao modo de vida daqueles que a praticam, mais regrados, mas também a um suposto “hormônio da fé”. Embora a próxima passagem mostre tal explicação como uma hipótese ainda não comprovada, é a própria figura do elemento orgânico, respaldado por uma autoridade médica que exerce toda a sua força de sentido:

Benson<sup>33</sup> sugeriu até mesmo a existência do que alguns de seus colegas chamaram de o **hormônio da fé**. No caso, trata-se de um supressor de outros hormônios cuja concentração no organismo cresce quando a pessoa passa por muitas e prolongadas experiências estressantes (SD 42; 10V)

De certo, temos aí características de uma mesma cenografia validada: a do progresso científico conquistando a vida e a imagem dos seus constituintes viscerais, os quais encontram-se bastantes difundidos no imaginário social. Basta se pensar nas imagens virtuais sobre ataques de vírus ao corpo, ou do funcionamento cerebral. Nas matérias estudadas a transparência do corpo está presente, em grande parte, através de infográficos que procuram explicar o que acontece quando nos cuidamos ou não e, ainda, ao longo do envelhecimento. Células, órgãos, hormônios, setas indicando os movimentos de uma batalha, de exércitos que lutam pela vida ou pela morte. Representações que auxiliam as recomendações de taxas a serem respeitadas, de índices a serem calculados, enfim, de riscos que devem ser administrados.

E quais riscos seriam esses? Valendo-se dos benefícios descritos, trata-se daqueles referentes às chamadas “doenças da civilização” ou doenças crônico-degenerativas: diabetes, hipertensão, colesterol, stress, etc. os quais estariam diretamente associados a infartos, derrames, alguns tipos de câncer, etc. Para os especialistas, significa um conjunto de problemas postos à medicina, relacionados a hábitos de vida específicos do ocidente, mais precisamente dos países desenvolvidos. Alimentação inadequada, sedentarismo, stress crônico, etc.

---

<sup>33</sup> Herbert Benson, da universidade Harvard, autor do livro Medicina Espiritual.

Por fim, a terceira área: práticas de caridade. Trata-se do seu sentido não religioso e com forte conotação da retórica do terceiro setor, principalmente da filantropia empresarial. Tais práticas referem-se ao suposto altruísmo presente em ações voluntárias como ajudar uma creche, um orfanato, envolver-se com ONGs, etc. Tudo isso, dir-se-á, contribui com a saúde, através da noção de engajamento ou de um “sentido mais profundo da vida”, nesta última acepção entendida como sinônimo da própria espiritualidade. Trata-se de práticas que promovem um bem-estar, contentamento, alegria, etc. estados de humor positivo:

Outro caminho é a **prática do altruísmo**. Isso, inclusive, já foi testado em laboratório: está comprovado que aumenta os índices de **felicidade e bem-estar**, vale **visitar uma creche, colaborar com uma ong**, inscrever-se em um **trabalho voluntário** - enfim, fazer qualquer coisa que ajude alguém. (SD 198, 7E)

Resta entender o que é espiritualidade. “**É ter a experiência de sentir um significado ou propósito mais profundo da vida**, a presença de um poder mais elevado guiando as nossas vidas, um sentido de harmonia com o universo. Para isso, **não são necessárias crenças ou práticas religiosas**. Recursos como **ioga, meditação e técnicas de respiração profunda** e **até ser voluntária em ações sociais** contribui para expandir nossas mentes” orienta a **psicóloga** Suzana Andrews, formada na universidade de Harvard, nos Estados Unidos. (SD 58; 1-IEa)

#### 2.2.4 Lazer

As práticas encontradas nesta temática são de significativa variedade. Não seria de se esperar outra coisa, uma vez que as próprias concepções acerca do que o lazer significa para os seus sujeitos, ou melhor, acerca do que possui valor para ser feito no chamado “tempo livre” varia sobremaneira. Apesar disso, nota-se uma ênfase entre elas. O prazer perpassa a sua grande maioria. Seja ele o próprio responsável pela gestão orgânica corporal ou seu intermediário, um incentivador de práticas que, estas sim, irão efetuar-la. No primeiro caso teríamos o exemplo da musicoterapia, cujo objeto terapêutico serve como um sucedâneo de “calmantes” e “ativa zonas do cérebro” relacionadas ao prazer, aliviando os “hormônios do stress”:

**Melodias clássicas** adotadas como som ambiente em Hospitais no Rio diminui uso de calmantes. (SD 76; 5IE)

Segundo Raul Brabo, professor da faculdade de **musicoterapia** de São Paulo, há vinte anos são desenvolvidas pesquisas no Brasil a respeito **do efeito tranquilizante da música**. (SD 80; 5IE)

Inimigo do corpo, o estresse também faz mal para a mente. Os hormônios produzidos por ele matam as células neurais ligadas à memória. [Fazer ioga e meditação] ajudam. "Você é o que você come e também que você pensa", diz o neurocientista Daniel Amen. Quando temos bons pensamentos, nossa mente libera substâncias químicas diferentes de quando estamos zangados. O stress do pessimismo gera substâncias que atrapalham o fluxo sanguíneo. E tudo o que prejudica a circulação interfere no bom funcionamento cerebral", diz Amen. **Ouvir música também faz bem. "E gera estimulação cerebral, principalmente nas áreas ligadas ao prazer"**, diz o psiquiatra Forlenza. (SD 145; 4É)

No segundo caso, a busca das academias por novas modalidades de exercícios físicos é exemplar. Diante do propalado fastio que determinadas atividades aeróbicas exercem, busca-se em *práticas lúdicas, circenses* e até *militares* a garantia dos clientes. O prazer torna-se distração, divertimento que ameniza o esforço exigido pela disciplina necessária para a realização de exercícios. Deve-se dizer que não se trata apenas de um interesse de um determinado segmento empresarial, mas de uma resignificação de práticas que não encontravam os seus apelos na saúde ou no corpo. Não se vira trapezista pelo caráter preventivo advindo de tal condição ou pela forma física que se alcança. Percebe-se uma estratégia, na qual práticas são equiparadas com outras que já possuem uma legitimação científica ou institucional em relação a uma determinada área: neste caso a saúde. A escalada equivaleria à ginástica tradicional. Segue-se um movimento duplo, no qual não só o universo médico-estético referente à ginástica - seus benefícios, imagens corporais, personagens, acessórios, etc. – passa a ser atribuído àquela modalidade, quanto à própria ginástica comunga com a simbologia da escalada: uma troca com relação aos esforços, ou a imagem de superação envolvida entre ambas, seria um exemplo:

Duas das invenções de maior sucesso para o verão 2003/2004 são a retro class e o camp training. Na primeira, os alunos se exercitam com **jogos de rua infantis, como amarelinha, corda, pega-pega, e cabo-de-guerra**. Na segunda, simulam fazer parte de um **treinamento militar**. (SD 9; 4Va)

Para malhar até que os resultados apareçam, naturalmente, é preciso disciplina e força de vontade. Mas muitas pessoas acham os exercícios aeróbicos e a musculação aborrecidos e não conseguem sentir prazer em frequentar academias. Para quem se encaixa nesse caso, uma boa alternativa são as modalidades que fogem à malhação tradicional, como as três que apresentamos nesta reportagem: **dança flamenca, escalada e atividades circenses. Elas oferecem benefícios equivalentes aos da ginástica convencional com a diferença que são muito divertidas**. (SD 2; 2Va)

Nesse processo “a visão da esfera do trabalho e a do lazer como independentes e excludentes foi deslocada pela ideologia do *fitness*. Agora por diante, trabalho e lazer se confundem – como fica patente numa das máximas mais populares entre os assíduos da

academias: ‘é preciso *sofrer se distraindo*’ (COURTINE, 1995, 85 apud ORTEGA grifo d autor). Nesse deslocamento entre lazer e trabalho, objetiva-se pulverizar para todo o cotidiano as fruições experimentadas nas férias, em hobbies ou em práticas que “distraiam”. Bastaria desenvolver a “consciência” da importância de se “proporcionar prazer”, além de uma “regulação do tempo”. É esse o caminho para o fim do stress, para o seu “gerenciamento” e controle dos riscos relacionados ao coração e ao cérebro. Estes preceitos são bem publicizados pela *Qualidade de Vida*:

**Qualidade de vida** virou objeto de desejo. O tema martela na cabeça de todos que querem **recuperar o vigor e a felicidade experimentados nas férias**, numa praia maravilhosa. "Isso também é qualidade de vida, mas **a idéia é levar essa sensação para o dia-a-dia**", diz a [psicóloga Ana Maria Rossi], presidente da seção brasileira da ISMA. (SD 44; 1-IEa)

[Mudar significa fazer escolhas]. No tratamento do stress, **uma das recomendações é entender a necessidade de regular melhor o tempo. Quem trabalha dez ou 11h necessita colocar um limite ao trabalho e reservar algumas horas [para atividade física], o lazer e descanso.** (SD 106; 9IEa)

Se for impossível fugir da fonte de estresse (trânsito, por exemplo), o coração agradece se a pessoa for capaz de **aproveitar o tempo parado para curtir música ou planejar o programa de fim de semana. Exercícios de respiração e relaxamento** também podem ajudar. (SD 154; 5É)

Estudos recentes mostram que [gerenciar o stress] **do 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.** (SD 167; 7É)

Prova de que [administrar a ansiedade] **é melhor arma contra o stress que o sonho inviável de mudar-se para uma ilha deserta.** (SD 174; 7É)

Muitas vezes, essa rotina funciona como um ralo por onde a energia vai embora. **Conter esse processo começa com a consciência de que é importante proporcionar-se prazeres. E isso vai desde um passeio solitário pela manhã até pular de pára-quedas, ler, viajar ou simplesmente não fazer nada.** [Investir no relaxamento] é, aliás, uma das chaves para ter contato com o prazer de viver. (SD 48; 1-IEa)

“Não existe um remédio, uma pílula. **O tratamento é buscar qualidade de vida**”, resume o [cardiologista Edson Romano], do hospital do coração, em São Paulo. “**É fundamental que se busque atividades prazerosas para equilibrar a competitividade**”, diz Romano. (SD 176; 7É)

### 2.2.5 Afeto

Neste tema são as práticas familiares e de amizade que podem ser observadas. Trata-se do que comumente se chama de vida pessoal ou privada. Na primeira entram relações com parentes, cônjuges e animais domésticos, embora estes últimos não tenham aparecido nas matérias analisadas.<sup>34</sup> Em relação à segunda, a ênfase é o amigo confessor, aquele com o qual se pode “contar”, que “partilha sucessos, tristezas e expectativas”. Há uma continuidade entre esses dois âmbitos, no qual noções de “reforço social”, “apoio mútuo” e outras de um universo de auto-ajuda e da psicologia aplicam-se a ambos em meio aos valores de intimidade.

Tal continuidade não é de se estranhar. Ortega (2002) mostra como, a partir do final do século XVIII, com uma progressiva intimização da sociedade e familiarização do privado, as relações de amizade são englobadas e reinterpretadas por este contexto “Com o recurso à intimidade e à confiança, as relações de amizade serão introduzidas na família, entre irmãos, cônjuges e pais e filhos. A nova amizade familiar abjura da noção de livre escolha, ao se apoiar nesses valores, que possibilitam o seu deslocamento para o seio da família” (ORTEGA, 2002, p.141)<sup>35</sup>. Mais adiante, não seriam as últimas manifestações de desestruturação do núcleo familiar representado nas estatísticas de divórcio das últimas décadas que apontariam para a diminuição dos seus valores. Se ela está em crise, esta “se restringe à família como instituição social e econômica, como ponto de atuação privilegiado dos dispositivos da biopolítica. A família como ideologia tem, em contrapartida, mais força do que nunca” (op. cit., p.159). Não é de se estranhar,

---

<sup>34</sup> A esse respeito consultar “Saúde é Vital” da editora Abril. A revista veicula matérias sobre animais domésticos na seção “sua família” como mais um personagem da casa. Ora é como um filho que deve ser cuidado; ora como um amigo que resolve problemas emocionais, e, por vezes, trata-se de um objeto de preocupação com relação a doenças infecciosas.

<sup>35</sup> Para além das interpretações com base na história francesa, Ortega (2002, p.135) apresenta outros fatores da hegemonia familiar. “O primeiro, a capacidade de introduzir o amor no casamento e a posterior incorporação da sexualidade; segundo, a focalização na família (devido a esse processo de familiarização da sexualidade) de novas estratégias do (bio) poder; terceiro, os novos papéis desempenhados pelo Estado e a crescente decomposição das redes de solidariedade e da sociabilidade pública, isto é, o processo de despolitização e perda do mundo compartilhado próprio da modernidade, do qual a família oitocentista é, simultaneamente, causa e efeito; quarto, a passagem de um “dispositivo da aliança” para um “dispositivo da sexualidade”, bem como do erotismo para a sexualidade; quinto, a criação da categoria o homossexual, que levou a questionar tanto as formas de sociabilidade masculinas, quanto as amizades entre homens e entre mulheres; finalmente, a invenção da infância e, posteriormente, a adolescência, responsáveis pelo fortalecimento da estrutura familiar”



pois, a confluência de sentidos entre esses dois termos. A seguir, note-se a seqüência amizade, afeto, família:

**Ter com quem partilhar sucessos, tristezas, expectativas.** Pode não parecer, mas isso conta muito para a vida ficar mais leve "Dividir a angústia ajuda a manejar o stress, a passar pelas situações mais difíceis", diz a [cardiologista Danielle Benzen], do Hospital Sírio Libanês, de São Paulo. **O problema é que muita gente anda se esquecendo da importância da amizade, do afeto. "A família, por exemplo, está desmontada, o pai não tem tempo, a mãe também não.** Qual o momento da real vivência afetiva, de rir, de falar das frustrações e alegrias?" indaga a [psicóloga Edina Bom Sucesso], de Belo Horizonte, especializada em relações interpessoais. Para reativar e manter essa **rede de apoio**, não é necessário fazer grandes atos. **"É preciso tomar pequenas iniciativas amorosas e autênticas. É telefonar para um amigo que não vê há tempos, é avisar que vai chegar tarde em casa"**, sugere Edina. (SD 56; 1-IEa)

Seja o pai, o colega ou o irmão, as práticas aqui citadas envolvem a possibilidade de confessar a sua privacidade, de confiar no outro mediante uma abertura de pensamentos ou emoções. A "rede de apoio" apóia porque pode "desabafar", porque pode estabelecer laços mais "verdadeiros" entre os seus membros, principalmente através de uma "troca de experiências". É essa noção de "autenticidade", na qual um suposto eu "verdadeiro" sem as restrições das boas maneiras estaria livre para se mostrar, que apenas as relações íntimas podem deixar transparecer entre os indivíduos. Embora sejam os valores psicológicos que as estruturam, eles não estão aqui como fins em si mesmos. Pegue-se o exemplo anterior. As palavras sobre a crise das relações afetivas estão "na boca" da psicóloga a qual também sugere algumas dicas de como superá-la; porém, é o cardiologista que indica o porquê: "manejo do stress". Em se tratando de um especialista do coração, pode-se esperar que os sentidos propostos sejam com relação aos fatores de risco relacionados esse órgão e as conseqüências possíveis se não controlados. Nesse aspecto, nos textos encontrou-se, também, referência à saúde através da eliminação de estados angustiantes ou ansiosos, assim como referência à inteligência, também chamada "saúde do cérebro":

Cuidar do coração, [fazer exercícios], [seguir uma dieta equilibrada], **contar com amigos** e ter uma boa educação são formas de preservar a **saúde do cérebro**. Não só do ponto de vista funcional, mas também pelo aspecto **emotivo**. **Isso quer dizer uma mente ativa e livre de angústia e ansiedade.** (SD 59; 1-IEb)

Há quem fique deprimido em função da dor e, **como reclama muito dela, faz com que os amigos não agüentem e se afastem. A pessoa perde o "reforçador social", ou seja, aquilo que a mantém feliz, alegre.** (SD 134; 2É)

Outra forma de **deixar a memória viva é o convívio com familiares e amigos, com quem se podem trocar idéias e experiências.** (SD 143; 4É)

Está provado que uma **convivência tranqüila com parentes e amigos e um casamento feliz** fazem um bem danado à saúde. (SD 38; 9Vc)

**As emoções positivas inibem a produção de 2 hormônios que, em excesso, são extremamente danosos à saúde - o estradiol e a adrenalina.** Essas substâncias baixam a guarda das defesas do organismo, propiciando o aparecimento de infecções e dificultando o tratamento de uma série de doenças, inclusive a recuperação de **infartos**. Em grandes quantidades, elas também elevam a **pressão arterial**, facilitando a manifestação de **problemas cardiovasculares**. (SD 37; 9Vc)

Nessa última seqüência são os elementos fisiológicos que estão presentes. A relação entre eles e as práticas afetivas, no caso, são indiretas. Elas atuariam emoções positivas que, por sua vez, contribuiriam através da eliminação de determinados hormônios, cuja presença em excesso seria “danosa à saúde”. A gestão orgânica passa pela gestão emocional cujo alcance poderia vir por meio de amigos ou parentes. Além dessa relação, eles, na sua formulação de rede de apoio, poderiam servir como vigilantes, auxiliares na autodisciplina ou manutenção de práticas para a saúde:

Crie uma atmosfera que estimule você a emagrecer. **Diga aos familiares e amigos que está tentando e peça seu apoio.** (SD 86; 6IÉ)

Todas as tardes, ele **recebia a visita de amigos**. Eles conversavam, [jogavam cartas, assistiam a comédias na televisão] Cousins percebeu que, depois de cada um desses momentos agradáveis, ele dormia melhor, comia com mais apetite e **ganhava um ano para fisioterapia**. (SD 36; 9Vc)

## 2.2.6 Sexo

Apesar do corpus apresentar três capas<sup>36</sup> sobre a temática sexo, ela é a de menor representatividade quando se trata de associá-la à prevenção de determinados riscos relacionados à saúde, como os problemas cardiovasculares, por exemplo. Matérias sobre taxas de colesterol, hipertensão, diabetes, stress, etc, não evocam os supostos benefícios que poderiam advir da sua prescrição. Porém, isso não deveria indicar uma importância diminuta sobre o assunto, antes é o contrário. Conforme uma passagem encontrada, o sexo seria uma “necessidade básica como dormir ou comer” e, portanto, deveria ser entendido como um objeto de vigilância e controle tanto quanto a diminuição de gorduras em dietas ou o “gerenciamento” do stress através da pulverização cotidiana do

<sup>36</sup> *Veja*, 1812 de 23 de julho de 2003; *Isto É*, 1782 de 23 de Novembro de 2003 e 1759 de 18 de junho de 2003 (ver anexo). As matérias são sobre disfunções sexuais e sobre os medicamentos para tais disfunções.

prazer. Tal conjunto de necessidades é aquele do qual a *Qualidade de Vida* tem se encarregado de difundir subsidiando e legitimando - ou sendo subsidiada - a indústria farmacêutica. Como exemplo:

O sexo é uma **necessidade básica**, como dormir ou comer. Uma relação sexual satisfatória **relaxa, aproxima os parceiros, melhora auto-estima** e o **humor**", explica a psicóloga Mara Pusch... **vale a pena buscar ajuda** para desfrutar dessa **fonte de prazer** na vida (SD 47; 1-IEa)

Controvérsias à parte, a verdade é que as pímulas melhoraram a **qualidade de vida** na cama inclusive fazendo com que os casais se lembrassem de que o sexo vai muito além de uma ereção. (SD 112; 9IEb)

De fato, com os movimentos de contracultura e seus representantes, proclamou-se que a era da repressão sexual chegava ao seu fim. Em grande parte, foi contra essa suposta proclamação da liberdade de orgasmo que Foucault viria se contrapor, através de outras linhas interpretativas, perguntando-se por que dizíamos com tanta paixão que éramos repreendidos? (FOUCAULT, 2006, p.16) Os seus movimentos de pesquisa subsequentes abordariam a questão da sexualidade, cujo dispositivo encontrava-se, como visto antes, no cerne do biopoder, unindo elementos individualizantes e totalizantes. “O sexo é ao mesmo tempo a vida do corpo e a vida da espécie: a sexualidade da criança, a histerização do feminino, o controle da natalidade e psiquiatrização das perversões foram as diferentes maneiras de compor as técnicas disciplinares com os procedimentos reguladores” (FOUCAULT, 2006, p. 137)

É esse movimento, do qual a medicina social era um saber predominante, que conferia ao sexo, e a todo o universo que o circundava, o seu caráter moral, diferentemente do que lhe será imputado a partir da década de 1960, enquanto objeto revolucionário. Uma diferença de visão pode ser encontrada em uma matéria sobre os efeitos da masturbação. A prática, quando realizada em determinada idade e com frequências semanais, preveniria o câncer de próstata. Justamente o garoto onanista, personagem a ser corrigido no dispositivo da sexualidade por “pais, famílias, educadores, médicos e, mais tarde, psicólogos”(FOUCAULT, 2006, p.115) Note-se que a própria matéria dá como um dado curioso o fato de que tal prática, em um passado, ter sido rejeitada e proibida pelos médicos

Para a **prevenção do tumor de próstata**, ejaculações que são fruto de masturbação seriam bem melhores do que as originadas por relações sexuais, porque não implicam o risco de contrair infecções de um parceiro. (SD 20; 6V)

A proteção seria ainda mais efetiva quando o **entusiasmo onanista se concentra na faixa dos 20 anos**. Quem ejaculou mais de cinco vezes por semana nesse período estaria 30% menos propenso a desenvolver o câncer em idades mais avançadas. (SD 22; 6V)

É curioso observar que, num passado não tão distante, **muitos médicos, influenciados pela visão católica, acreditavam que a masturbação representava um mal à saúde** (SD 21; 6V)

O onanista não é mais uma figura desviante, objeto de vigilância familiar e cuidados médicos. Agora ele é aquele jovem normal que se previne duplamente: do câncer de próstata e de doenças sexualmente transmissíveis. Para além das discussões sobre o estatuto do sexo durante os últimos duzentos anos, das suas continuidades e rupturas, revoluções ou manutenções da ordem vigente – questionamentos os quais esse trabalho não tem a intenção de retomar - o que se mostrou nas revistas foram novas preocupações de um cuidado vigilante. A AIDS seria o seu exemplo mais atual e proeminente. Depois da sua emergência, vinculada principalmente aos homossexuais, o que vinha sendo considerado como revolução sexual sofreu um baque. Desde então, com a sua profusão indiferenciada na sociedade ela se tornará um dos principais elementos no horizonte do chamado “comportamento sexual de risco”, objeto de preocupação constante e terceiro eixo de risco da *nova saúde pública*:

Pessoas que [têm fé] em geral são menos propensas a fumar, beber, lidar com drogas e ter **comportamento sexual de risco**. (SD 7; 3V)

Para a [prevenção do tumor de próstata], ejaculações que são fruto de masturbação seriam bem melhores do que as originadas por relações sexuais, porque [**não implicam o risco de contrair infecções de um parceiro**]. (SD 20; 6V)

### 2.3 Qualidade de Vida na Mídia

Depois desse périplo, pode-se agora retomar alguns dos seus elementos na tentativa de responder àquela pergunta anterior. Como uma noção ampla tal qual a de *qualidade de vida* se mostrou em meio a esses temas? E como isso está relacionado às *novas relações de poder* da atualidade? Admite-se, a pergunta pelo “como” – “como se mostra?” e não, “o que é?” - esconde uma incógnita que é a da própria dificuldade em definir a noção de *qualidade de vida*; dificuldade pela qual vêm passando os peritos que

nela se debruçam. De fato, os trabalhos que buscam inventariar as suas origens e definições indicam o seu uso para além dos efeitos preventivos relacionados à saúde. Assim, fala-se dela em termos demográficos-objetivos: saneamento, moradia, educação, etc; em termos psicológico-subjetivos: felicidade, bem-estar, alegria, espiritualidade; ou, ainda, em termos políticos: democracia, direitos humanos.<sup>37</sup>

Em resumo, a noção de *qualidade de vida* transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida (Castellanos, 1997). De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si. (MINAYO M. C. S. et al 2000 p.13)

Aqui, é no campo da saúde em que ela se enquadra. Uma digressão possível seria a de que Luz (1988), mostrando o deslocamento de uma *arte de curar indivíduos doentes* para uma *disciplina das doenças*, fornece uma possível explicação para aquela dificuldade de definição, principalmente quando o terreno desta definição se dá na área da saúde.<sup>38</sup> Seria a ambigüidade, advinda de um conjunto de saberes que se formalizaram por sobre a materialidade do corpo - expulsando qualquer referência à vida para domínios metafísicos e estéticos - que, pretendendo retomá-la, deparar-se-iam com as suas próprias limitações.

“O mais importante aqui, a questão epistemológica fundamental, é que a medicina, tornando-se uma ciência das doenças, vivendo da morte, transforma a questão da vida - e do homem vivo, embora doente - numa questão metafísica, portanto supérfluo, para o conhecimento.” (LUZ, 1988, p.90)

Mas, se esse saber relegou a vida para além das possibilidades científicas de definição orgânicas, ela não cessou de intervir nos seus espaços cotidianos, nas cidades, nas ruas, nos quartos, nas intimidades, na própria existência.

“Em outras palavras, é pelos seus objetos de discurso que tematizam: os corpos humanos, decompostos em elementos constituintes; o funcionamento e a desagregação desses elementos; as relações dos seres humanos com estes corpos e, as mentes humanas; os sentimentos humanos; a sexualidade

---

<sup>37</sup> Ver MINAYO M. C. S. et. al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário 2000 ; JORDAN Matthew Prutkin, B.S. A History of Quality of Life Measurements 2002; WHO-IASSID WORK PLAN. Quality of life: its conceptualization, measurement, and application, 2000.

<sup>38</sup> Tenha-se claro, a autora não fala em *qualidade de vida*.

humana; e o sofrimento humano; a morte humana. E também o comportamento e as atitudes humanas em relação aos aspectos citados. Todos esses aspectos do viver e do sofrer humanos têm sido historicamente campo de objetivações da medicina” (LUZ, 1988, p.5)

Logo, em meio às atualizações desse movimento duplo, de expansão do saber médico para toda a vida e da conquista em termos nosológicos dos seus constituintes, a *Qualidade de Vida* não será a mesma coisa que *padrões ou condições de vida*, nem direitos humanos ou conquistas da cidadania. Ela não se refere ao sucesso com relação ao dinheiro, elevar-se materialmente, tornar-se milionário, ter um carro do ano, possuir jóias. Muito menos significa o “sonho da casa própria”, de um emprego fixo com carteira assinada, saneamento básico, luz elétrica, etc. Falar em valores democráticos ou reivindicações populares seria, também, indevido. Na verdade, *Qualidade de Vida*, tal qual exposto nas revistas, será um conjunto mais ou menos estável, no qual diferentes práticas adentram o mundo do cientificamente comprovado, entendendo-se por isso sua eficácia preventiva com relação aos riscos à saúde. Sobre esse aspecto, a biomedicina é o seu saber privilegiado, além das contribuições da psicologia e outros peritos da saúde. Isso fica claro nas fontes consultadas pelas matérias:

Os médicos também descobriram que é fundamental ir além das perguntas tradicionais do consultório. "É importante manter um vínculo com o paciente. Marcar o retorno de consulta para breve, fazer questionários detalhados e verificar se houve piora da qualidade de vida", **diz a médica Tânia Martínez, do InCor** (SD 72; 4IÉ)

E vá ao médico com regularidade. Esta é uma das maneiras garantidas de envelhecer bem. "Adotar este hábito previne doenças", **resume o clínico Antonio Antonieto, do Hospital sírio libanês, de São Paulo.** (SD 54; 1-IÉa)

"Mais do que 12 x 8 é um indício de que o corpo já aprendeu o caminho que leva à hipertensão. Quando isso acontece, é o momento de modificar o estilo de vida, com a prática de exercícios e redução do sal", **explica o cardiologista Décio Mion, do Hospital das Clínicas de São Paulo** (HC/SP) (SD 98; 8IÉ)

"As brasileiras têm qualidade de vida melhor devido a diversos fatores, como menor consumo de álcool e tabaco, associados à prevenção mais constante de doenças como câncer", **afirma o geriatra Renato Veras, diretor da une da cidade aberta da terceira idade, da Uerj** (SD 158; 6É)

Assim, através da prevenção, *Qualidade de Vida* estará vinculada a uma noção de conforto e felicidade cotidiana, pode-se dizer, de um certo *bem-estar saudável*, na qual “a boa vida é reduzida a um problema de saúde, da mesma maneira como a saúde se expande para incluir tudo o que é bom na vida”(CRAWFORD apud ORTEGA, 2005

p.154). Contudo, se as suas referências não são as mesmas daquelas consideradas pelos *padrões ou condições de vida*, ela não deixa de pressupô-las. Claro está que, para se ter *Qualidade de Vida* é imprescindível possuí-las. Nesse sentido, a vida já deve estar assegurada - o que não significa que esteja livre dos perigos. E se, porventura, até mesmo estes *padrões ou condições de vida* sejam encarados como negativos para a *Qualidade de Vida* – refere-se aqui aos discursos voltados para uma vida simples, contra um alto padrão de consumismo, etc. -, isso apenas os cristaliza ainda mais enquanto condição necessária para tê-la. Ou seja, um padrão

“[...] preconizado pelo mundo ocidental, urbanizado, rico, polarizado por um certo número de valores, que poderiam ser assim resumidos: conforto, prazer, boa mesa, moda, utilidades domésticas, viagens, carro, televisão, telefone, computador, uso de tecnologias que diminuem o trabalho manual, consumo de arte e cultura, entre outras comodidades e riquezas” (MINAYO M. C. S. et. al., 2000, p.9).

Isso fica evidente na medida em que se verifica que a maioria dos depoimentos daqueles que a alcançaram são de empresários, ex-diretores, funcionários, membros de uma *nova classe média* que, pela grande carga de trabalho, tiveram que “tomar alguma providência”, caso contrário, desenvolveriam “problemas cardiovasculares”, algum tipo de “câncer”, etc. Eles já estavam assegurados financeiramente, mas não em relação aos riscos do corpo. O *fator de risco*, neste caso, não necessariamente precisa estar vinculado ao trabalho. O empresário pode ser diabético, hipertenso, obeso e, por isso, precise e/ou queira cuidar da saúde. O importante é que esta suposta arte de conduzir a vida e de qualificá-la só adquire sentido se for com relação à saúde preventiva; e que tal “bandeira” é levantada por pessoas com *padrões/condições de vida* suficientemente estáveis. O que não significa, como foi visto, que a *Qualidade de Vida* não seja usada referindo-se a esses últimos, designando-os por seus elementos “objetivos”.<sup>39</sup>

Com o **empresário** Vitor Sarlo, 54 anos, foi assim. Ele começou a se cuidar depois que foi parar no hospital, com a taxa de colesterol total acima de 250 mg/dl e pressão alta. Agora, ele [come direito] e corre três vezes por semana. Com essas medidas, baixou o LDL para 190mg/dl e controlou a pressão. Ainda não é o ideal, mas Victor persiste. "Aprendi a ter melhor qualidade de vida", diz. (SD 73; 4IÉ)

Aí veio a virada. Cristina [**analista financeira**] mudou-se para Aldeia da Serra, condomínio tranqüilo na Grande São Paulo, largou o emprego e transformou as atividades que lhe davam prazer em fonte de renda. "O descontentamento é a causa maior da exaustão", diz a terapeuta, agora livre do stress (SD 177; 7É)

<sup>39</sup> Um exemplo seria considerar o IDH (índice de desenvolvimento humano) como um índice de avaliação objetivo da qualidade de vida das pessoas.

O **gerente financeiro** em Viçosa, de 46 anos, decidiu entrar em um programa rigoroso de controle dos indicadores de risco, apesar de ter colesterol e pressão nos limites normais. A iniciativa tem justificativa. "Também sou diabético, o que deixa as artérias mais frágeis", conta. (SD 101; 8IÉ)

O **diretor de comercialização** Márcio Milan, 54 anos, que trabalha na empresa, desfruta dos benefícios do esporte. Aos 45 anos, ele decidiu mudar de vida. "Vivia estressado, comia mal e estava 4 quilos acima do peso. Percebi que era preciso adotar outro estilo de vida", conta (SD 95; 7IÉb)

O diferencial<sup>40</sup> foi aprovado por pacientes e familiares, de acordo com outra pesquisa informal. O **empresário José Mário Medeiros, 47 anos**, é um dos que aderiram à idéia. Ele chegou ao hospital para duas semanas, logo após sofrer um infarto agudo. (SD 79; 5IÉ)

Num contexto onde a saúde é “não apenas uma falta, ausência de doença, [mas] o maior estado do ser, um estado de harmonia entre espírito, corpo, mente, sociedade e o ambiente, que será alcançado através de transformações pessoais” (LUPTON, 2000, p. 71), trata-se de “agir preventivamente”: “gerenciar o stress”, “investir no relaxamento”. Isso não quer dizer ir todos dias ao médico. Como visto, na *nova saúde pública* a questão é reduzir os gastos através do *emponderamento* dos sujeitos e a vigilância dos seus comportamentos, em um movimento no qual a vida cotidiana submete-se à vida biológica. Logo, a questão será capacitar os indivíduos com informações para que tomem conta de si, para que conduzam a sua saúde e o seu corpo, através de um autogoverno que se estrutura no dia-a-dia. Note-se, essa capacitação, tal qual vista aqui, não passa da veiculação dos riscos, dos maus exemplos ou das grandes “viradas”. As revistas irão, assim, veicular a necessidade de se “optar” por um *estilo de vida saudável* através de “novas atitudes”, das “escolhas” certas, da “força de vontade”, de “um mínimo de paciência e disciplina”, etc, conforme uma mitologia de escolhas racionais:

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 o estilo de vida saudável**: comer com parcimônia os alimentos certos, dormir bem, fazer ginástica. (SD 28; 9Va)

**O qualidade de vida é uma atitude.** Inclui achar prazer nas coisas pequenas e valorizar o que se tem de bom. (SD 46; 1-IÉa)

"Mais do que 12 x 8 é um indício de que o corpo já aprendeu o caminho que leva à hipertensão. **Quando isso acontece, é o momento de modificar o estilo de vida**, com a prática de exercícios e redução do sal", [explica o cardiologista Décio Mion, do hospital das clínicas de São Paulo (HC/SP)] (SD 98; 8IÉ)

---

<sup>40</sup> Músicas calmantes



Na sua opinião, é **preciso maior conscientização sobre a gravidade das doenças as quais as pessoas estão expostas muito por conta de estilo de vida inadequado.** (SD 103; 9IÉa)

Como uma **nova atitude mudou a cabeça e o corpo dos brasileiros sessentões.** (SD 156; 6É)

"Os pilares de uma vida menos tensa se constrói com **mudanças de atitude do dia-a-dia**", diz a psicóloga e Marilda Lipp. (SD 172; 7É)

Por sua vez, essas transformações levam aos temas antes analisados, nos quais as práticas de lazer enfatizavam a pulverização do prazer para o cotidiano cujas conseqüências eram um melhor “manejo” do stress: fator de risco para os problemas cardiovasculares. Os exercícios e as dietas pregavam uma mudança gradual através de “metas” alcançáveis a cada um e, principalmente, uma “mentalização” dos novos hábitos, evitando-se, assim, os fracassos. Uma espiritualidade desprovida de transcendência, representada em meditações, exercícios de ioga ou alguma prática de voluntariado, também “controlariam o stress”, proporcionando bem-estar. Amigos e familiares, enquanto “grupo de apoio” ou “reforço social”, vigiariam a disciplina vacilante da vontade ou melhorariam o humor. O sexo, não precisaria ser dito, seria “básico”, “um dos pilares da *qualidade de vida*”. Em tudo isso, trata-se de empreender um gerenciamento orgânico do corpo através das suas mediações sociais e psicológicas pela causa saúde e de se transformar em sujeito da ação pela *Qualidade de vida*.

Junto a essa pregação, a retórica de mercado age duplamente. Não só através da crescente intervenção de regras administrativas nos sistemas de saúde, mas, também difundindo um *ethos* que se espalha para as diferentes esferas da vida dos indivíduos. “A ciência econômica, nesse caso, não cria só uma teoria sobre a economia; cria um *repertório de interpretação* que nos permite pensar e pensar-nos de maneira tal que não nos resulte repulsiva a imagem do humano como riqueza – como o havia sido em tempos de J. S. Mill” (LÓPEZ-RUIZ, 2005, p. 48, grifo do autor). Nesse sentido, a *Qualidade de Vida* representa uma capitalização da própria vida, uma vez que investir nela significa “longevidade”, “jovialidade”, ou seja, mais capital, mais funcionalidade biológica e mental ou fruição prazerosa. Isso adquire maior valor em um contexto de moralidade da saúde. Apenas onde a vida e o corpo têm tamanha supremacia é que esses podem se tornar um capital precioso. Isso explica, de certa forma, a mistura de metáforas empresarias e financeiras somadas às práticas preventivas:

Estudos recentes mostram que **gerenciar o stress do dia-a-dia** e incluir [prazer na rotina] é mais decisivo que bloquear a vida, criando zonas estanque para o trabalho e para o descanso (SD 167; 7É)

Muitas vezes, essa rotina funciona como um ralo por onde a energia vai embora. Conter esse processo [começa com a consciência de que é importante proporcionar-se prazeres.] E isso vai desde um passeio solitário pela manhã até pular de pára-quadras, ler, viajar ou simplesmente não fazer nada. **Investir no relaxamento é, aliás, uma das chaves para ter contato com o prazer de viver** (SD 48; 1-IÉa)

Mesmo depois tudo que foi dito e escrito sobre as maravilhas que a ginástica pode proporcionar, 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 tranqüila** (SD 30; 9Vb)

Prova de que **administrar a ansiedade** é melhor arma contra o stress que o sonho inviável de mudar-se para uma ilha deserta (SD 174; 7É)

Visto isso, por fim, a resposta da pergunta inicial apontaria para quatro direções:

a) a *Qualidade de vida* opera junto aos incentivos de auto-vigilância preventiva com relação aos riscos à saúde. Nesse sentido, ela contribui com os objetivos da *nova saúde pública* através de redução de gastos no tratamento de doenças crônico-degenerativas e ilusão de autonomia daqueles que possuem os recursos necessários para implementá-la.

b) Ao mesmo tempo, trata-se de um biogoverno no qual um conjunto de hábitos, entendido como um *estilo de vida saudável*, é estruturado reflexivamente, principalmente, através daquela noção de risco, mas, também, por valores familiares e intimistas na busca de bem-estar e conforto. Nesse caso, a saúde é mediada por outros valores sociais e psicológicos que, assim, adquirem uma função preventiva.

c) Na sociedade de consumo isso se torna um ótimo mote, associando-se a remédios, produtos alimentares, apartamentos, acessórios, etc.

d) *Qualidade de Vida* também será um grande investimento, uma vez que capitalizá-la - “investir em relaxamento”, “em atividades físicas” ou “em relações autênticas” - significa mais vida saudável, mais prazer e, assim, mais *Qualidade de Vida*.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou entender dois movimentos. Como que a noção de *Qualidade de Vida* se mostrava na mídia em meio a uma resignificação preventivo ou terapêutica de diferentes práticas sociais: amizade, família, fé, ginástica, etc. Ao mesmo tempo, como isso estava relacionado com as *novas relações de poder* da atualidade? Entendido enquanto ação sobre ação, um biogoverno cuja estruturação central estaria na categoria de risco seria ampliado para os comportamentos e cotidianos dos indivíduos, principalmente, através do discurso da *nova saúde pública* e da categoria *estilo de vida*. Nesse sentido, “atividade física”, “manter uma dieta balanceada”, “aumentar o prazer na rotina”, “realizar pequenas atitudes amorosas”, são aquelas práticas que devem ser empreendidas para uma melhor manutenção da saúde e do corpo, configurando-se em práticas legítimas de um *estilo de vida* adequado e sinônimo de *Qualidade de Vida*.

Nesse processo, tratava-se de uma regulamentação da vida levada a efeito pelos próprios indivíduos cuja autovigilância e autoperitagem pautava reflexivamente seus hábitos e comportamentos de risco. Tal movimento desoneraria o Estado, criando uma sensação de autonomia e independência para os que conseguissem administrá-lo. A mídia surgiria aí de forma a publicizar toda uma “maquinaria”<sup>41</sup> preventiva, baseada em “conselhos” simbólicos e/ou experiências de vida. Por um lado, os especialistas indicando as taxas adequadas, os ritmos comedidos, os sentimentos beneficentes ou os amigos mais saudáveis. Por outro, uma série de depoimentos enfatizando um novo mundo, a necessária mudança de “atitude” para uma vida mais feliz.

Nesse movimento, as atividades físicas transformam-se em verdadeira panacéia, uma vez que não há “alternativa sequer comparável” “em matéria de capacidade de

---

<sup>41</sup> O termo é utilizado por Fraga (2005)

prevenir doenças”. Ao lado das “alimentações balanceadas”, ambas são aquelas de maior legitimidade, no sentido de admitidas como “incomparáveis”. Claro, quando realizadas conforme as indicações dos especialistas. Os temas nos quais se enquadram estavam representados em 65,7% e 40% nas revistas (tabela 4). Seja de forma mais aprofundada - explicações científicas, infográficos de vísceras -, seja apenas como: “você já sabe, mas não custa lembrar”, lembrete constantemente reforçado.

Em um contexto individualista, no qual a retórica do mercado expande-se significativamente, tais práticas serão belos investimentos, representando uma capitalização da própria vida. Investe-se em relaxamento ou em prazer, na ânsia de se chegar aos 120 anos com a força e vigor dos 20, pois viver estressado é sinônimo de infarto, desgaste, rugas, etc. Pratica-se esporte com os olhos na aposentadoria e na diminuição de gastos com remédios e hospitais. Liga-se para um amigo quando o humor está defasado, ou seja, quando há probabilidade de riscos relacionados à hipertensão. Tudo isso é investir-consumir *Qualidade de Vida*, modelo confortável de prevenção e bem-estar. Prevenção esta possível, apenas na medida em que a vida já está assegurada.

Ora, os discursos analisados não eram: “Tenha Qualidade de Vida, saiba como conseguir a casa própria”; “Eu me livre de um tumor, tendo Qualidade de Vida”, ou ainda, “Qualidade de Vida é o primeiro emprego”; “Tenha Qualidade de Vida, salve o planeta Terra!” Não estava em questão adquirir o que se entende por *condições ou padrões de vida*, nem restituir uma normalidade biológica. No primeiro caso, isso é evidente, como visto no capítulo anterior, pelo fato dos depoimentos serem de pessoas estáveis material e financeiramente. No segundo, trata-se de prevenir, ou seja, a doença não deveria nem se desenvolver ou, ao menos, deveria ser mantida sob controle o quanto fosse possível.

O interessante aqui não está tanto no fato de tal noção ser uma determinada forma de agenciar a saúde e a manutenção do corpo restrita a um segmento da população, mas no conjunto simbólico distintivo que ela ativa a todo o momento, ao estar principalmente vinculada a tal segmento. Logo, o que está sendo difundido pela mídia é um conjunto de práticas bioascéticas revestido de um certo status de classe e com o rótulo *Qualidade de Vida*. Como foi dito, isso não impede que a noção seja utilizada para outros propósitos e com outros significados, até mesmo, de forma que

possam se mostrar discordantes com o aqui exposto. Não obstante, uma vez que é a mídia a grande responsável pela popularização de determinados conteúdos e saberes instrumentalizados no cotidiano, trata-se de se pensar, mais ou menos, com quais imagens e conteúdos essas outras utilizações estão se chocando, amalgamando-se ou corroborando-se, de forma a criar um determinado horizonte de sentido para aqueles que incorporaram tal noção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Obras Consultadas

ARMSTRONG, D. *Public health spaces and the fabrication of identity*. *Sociology*, 27(3), 393 – 410, 1993;

AUGUSTI, A. R. *Jornalismo e comportamento: os valores presentes no discurso da revista Veja*. 2005. 176 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005;

BILLOUET, Pierre. *Foucault*. São Paulo: Estação Liberdade, 2003;

CALIMAN, L. V. *Dominando Corpos, Conduzindo Ações: Genealogias do Biopoder em Foucault*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2001;

COURTINE, J.J. *Os stakhanovistas do narcisismo. Body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo*. In: SANT'ANNA, D. (Org.) *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 81-114;

FEATHERSTONE, Mike. *Cultura de Consumo e Pós-Modernidade*. São Paulo: Studio Nobel, 1995;

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir - história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977;

\_\_\_\_\_. *O Sujeito e o Poder*. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995;

\_\_\_\_\_. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1997;

\_\_\_\_\_. *A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2006;

FRAGA, Alex. *Exercício da Informação: Governo dos Corpos no Mercado da Vida Ativa*. 2005. 175 f. Tese (Doutorado em educação) Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005;

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002

GOMES, Isaltina, M. A. M. *A representação da Ciência em Veja, Época e Isto É*. Trabalho apresentado no núcleo de Comunicação Científica e Ambiental, do IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom

GOMES DA ROCHA, Fátima Maria. *Políticas de Controle do HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória*. 1999. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999;

BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

LEITE A. M. P. et al. *Aspectos sobre a metodologias utilizadas na avaliação da qualidade de vida humana*. In: 1º Simpósio Brasileiro sobre Ergonomia e Segurança do Trabalho Florestal e Agrícola, Belo Horizonte, 2000, p.141-149;

LÓPEZ-RUIZ, O. J. *O ethos dos executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo*. 2004. 375 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2004;

LUZ, Madel. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988

\_\_\_\_\_. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do século XX*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145- 176, 2005

LUPTON, Deborah. *The Imperative of the health. Public Health and the Regulated Body*. London/Thousand Oaks/ New Delhi: Sage, 1995;

\_\_\_\_\_. *Corpos Prazeres e práticas do eu*. In: *Educação e Realidade*: Porto Alegre: UFRGS/FACED, v. 25, n. 2, p 15-48, jul./dez. 2000;

MAINGUENEAU, Dominique. *Análise de Textos de Comunicação* São Paulo: Cortez, 2001;

MINAYO M. C. S. et. al. *Qualidade de Vida e saúde : um debate necessário*. Ciência e Saúde Coletiva 2000, 5(1):7 – 18, 2000;

ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes, 2001;

ORTEGA, Francisco. *Amizade e Estética da Existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999;

\_\_\_\_\_. *Genealogias da Amizade*. São Paulo: Iluminuras, 2002;

\_\_\_\_\_. *Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades*. Rio de Janeiro, Cadernos Saúde Coletiva, 11 (1): 2003: p 59 - 77

\_\_\_\_\_. *Da ascese á bio-ascese ou do corpo submetido ao próprio corpo* In: RAGO, M; ORLANDI L. B.L.; VEIGA-NETO, A. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2005;

PETERSEN, A. *Risk, Governance and the new public health*. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Orgs.) *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997. p. 225-244;

PRADO, José Luiz Aidar. *O perfil dos vencedores em Veja*, Revista Fronteiras: estudos midiáticos – UNISINOS. São Leopoldo, vol. 5, n. 2, dez 2003;

RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999;

REVEL, Judith. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005;

SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos. *Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. Tese (Doutorado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002;

THOMPSON, John B. *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998;

VAZ, P., 1999. Corpo e Risco. In: *Que corpo é esse? Novas Perspectivas* (N. Villaça; Góes & E. Kosovski, Org.), pp.01-18, Rio de Janeiro: Mauad.

## **Corpus da análise**

### ***Veja***

GABRIEL DE LIMA, João. O equilíbrio do cérebro e da alma. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 37, n. 48. 2004;

SOUZA, Okky de. Para quem não suporta a monotonia. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 37, n.54. 2004;

SOUZA, Okky de. Férias: boa chance para aprender meditação *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 37, n.54. 2004;

DÉCIO, Tiago. A terapia da prece *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36, n. 51, 2003;

Tem gente que até se diverte *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36 n 29. 2003

1001 benefícios *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36 n 29. 2003

Bom para a mente, bom para o corpo. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36 n 29. 2003

KARINA, Pastore. A mais comum das dores. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36, n. 26. 2003

Pecado é remédio. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36, n. 32 . 2003



BECHALLA, Ana Paula. Com o coração nas mãos. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 36, n. 30. 2003

MOHERDAUI, Bei. Os limites do corpo. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 3, n.9;

NEIVA, Paula. O estilo faz o homem e a mulher. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 35, n.20, 2002

NEIVA, Paula. Não dá para não fazer. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 35, n.20, 2002

NEIVA, Paula. O corpo aquecido pela alegria. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 35 n.20, 2002

NEIVA, Paula. Teste hábitos para uma vida melhor - está nas suas mãos. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 35 n.20, 2002

A ciência da fé. *Veja*. São Paulo: ed. Abril, ano 34, 2002

### ***Isto É***

PEREIRA,C. TARANTINO, M. Nove lições para uma vida melhor. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1897, 2006;

CASTELLÓN. Lena Mentas brilhantes. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1897, 2006;

TARANTINO, M O melhor dos dois mundos-médicos. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1770, 2003;

PEREIRA,C et al Saúde no bolso. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1879, 2005

CASTELLÓN, L., ZACHÉ, J. Virada contra o colesterol. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1808, 2004

PEREIRA,C et al. O peso dos tabus. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1853, 2005

BOCK, L.É bom para você? *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1759, 2003

ZACHÉ, J. Companhia de atletas. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1759, 2003

TARANTINO, M. No ritmo certo. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1758, 2003

PEREIRA, C et al. Agora vai. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1782, 2003

CORTES, C. et al. Hoje tem sexo? Tem sim, senhor. *Isto É*. São Paulo: Ed. Três, n. 1782, 2003

### ***Época***

- CAMPELLO, R. O segredo dos magros. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 390, 2005;
- CLEMENTE, A T et al. Arsenal contra a dor. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 356, 2005;
- CRISTIANE, Segato. A medicina do equilíbrio. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 394, 2005;
- CLEMENTE, A ; VEIGA, A.; Receitas para a Inteligência. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 398, 2005
- SEGATTO, C. Infarto por estresse, desarme nessa bomba. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 387, 2005
- MARTINS. Stress sob controle. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 280, 2003
- PEREIRA, P. Simplifique a vida. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 274, 2003
- PEREIRA, P. Mexa-se e relaxe. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 274, 2003
- PEREIRA, P. Combata a ansiedade. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 274, 2003
- SEGATTO, C. Obesidade zero. *Época*. São Paulo: Ed. Globo n. 275, 2003

**ANEXOS 1 - CAPAS DAS REVISTAS**



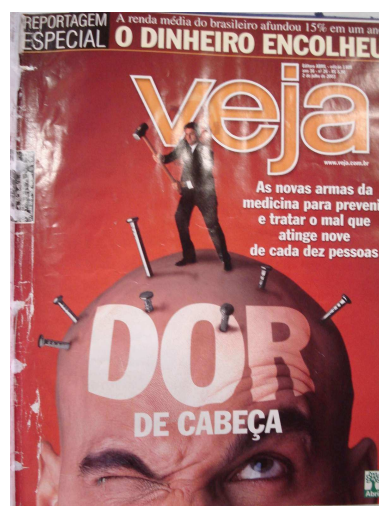
01/12/01



01/11/02



05/03/03



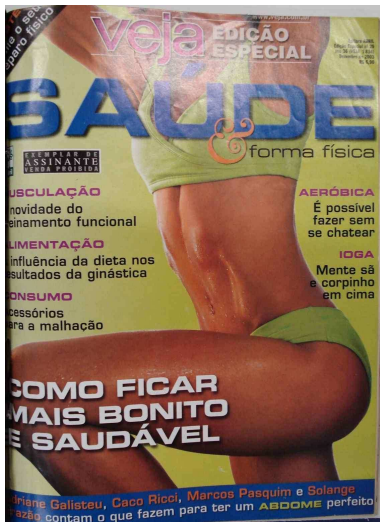
02/07/03



23/07/03



30/07/03



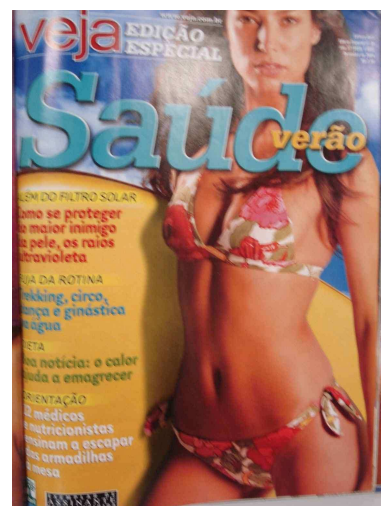
24/12/03



24/12/03



01/12/04



29/12/04



11/06/03



18/06/03



03/09/03



26/11/03



02/06/04



20/04/05



19/10/05



01/03/06



18/08/03



25/08/03



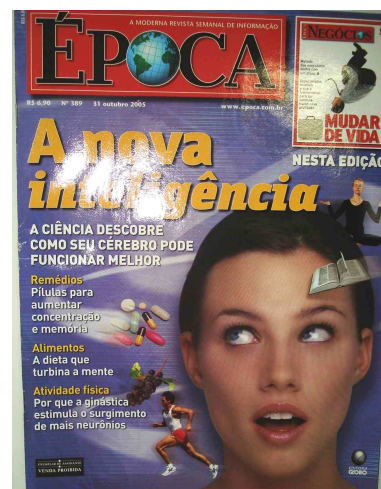
29/09/03



14/03/05



17/10/05

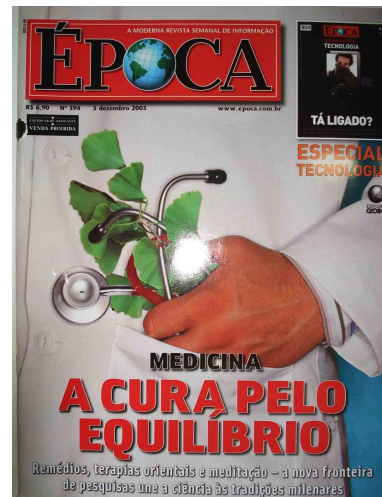


31/10/05





07/11/05



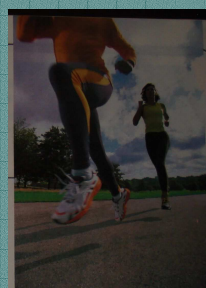
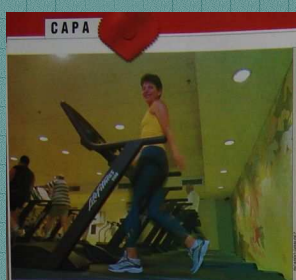
05/12/05

## ANEXO 2 – TEMAS: CARACTERÍSTICAS E IMAGENS

### TEMAS

#### Práticas Físicas (65,7%)

- 1º - Fator de prevenção dos riscos indiscutível
- 2º - Necessidade de conciliar disciplina e indulgência – deve-se começar de acordo com as suas possibilidades
- 3º - Tornar o hábito elas propiciariam prazer e bem-estar



### TEMAS

#### Práticas Alimentares (40%)

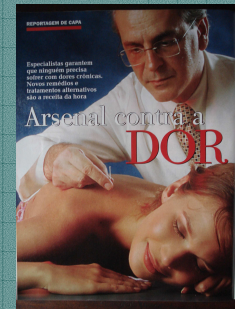
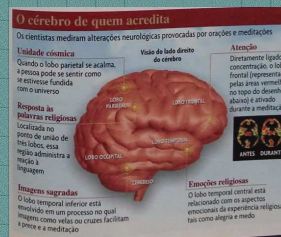
- 1º - Mudança mental – pensar como magro para mudar os hábitos (auto-sugestão)
- 2º - Reconhecer/assumir a sua condição (confessar para si)
- 3º - Promover mudanças graduais na alimentação



## TEMAS

**Espiritualidade (34,2%)**

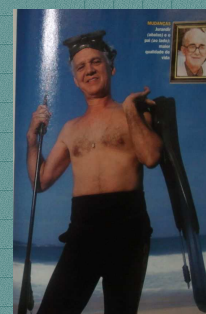
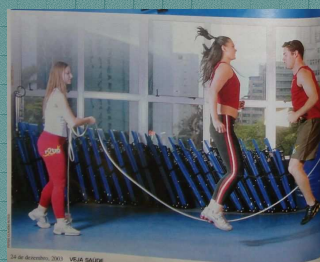
- 1º - Aumento do conhecimento científico (cenografia validada)
- 2º - A “espiritualidade” levaria a uma vida mais regrada, logo, mais saudável
- 3º - Gestão orgânica corporal (a prática exerce-se diretamente sobre algum órgão)



## TEMAS

**Lazer (25,7%)**

- 1º - O prazer por ele mesmo preveniria doenças.
- 2º - Deve-se levar o prazer para a rotina (deslocamento entre mundo do trabalho e tempo livre)
- 3º - Deve-se desenvolver a consciência da importância do prazer (auto-sugestão)



## TEMAS

**Afeto (20%)**

- 1º - A intimidade como fator de prevenção (Amigos verdadeiros ou família feliz fazem bem)
- 2º - Mediação do psicológico (sentimentos positivos levam a prevenção dos riscos)
- 3º - Amigos e familiares entendidos como grupos de “apoio mútuo” e “reforço social”



## TEMAS

**Sexo (11,4%)**

- 1º - Não se deixa reduzir a fator preventivo
- 2º - Necessidade básica (sinônimo de saúde)
- 3º - Objeto de vigilância com relação a riscos de doenças sexualmente transmissíveis (principalmente AIDS)

