



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

CAMILA RACHEL LIRA SILVA

**ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE: uma análise a partir da perspectiva
histórico-crítica**

**Campina Grande- PB
2018**

CAMILA RACHEL LIRA SILVA

**ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE: uma análise a partir da perspectiva
histórico-crítica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Kathleen Elane Leal Vasconcelos.

**Campina Grande- PB
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586e Silva, Camila Rachel Lira.
Estetização da saúde [manuscrito] : uma análise a partir da perspectiva histórico-crítica / Camila Rachel Lira Silva. - 2018.
37 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Estetização da Saúde. 2. Saúde. 3. Beleza. 4. Estética.

I. Título

21. ed. CDD 111.85

CAMILA RACHEL LIRA SILVA

ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE: Uma análise a partir da perspectiva histórico-crítica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bachelar em Serviço Social.

Aprovado em: 27/06/18.

BANCA EXAMINADORA

Katlicen Eliane Leal Vasconcelos

Prof. Dr. Katlicen Eliane Leal Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Alessandra Ximenes da Silva

Prof. Dr. Alessandra Ximenes da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Sandra Amélia Sampaio Sílveira

Prof. Me. Sandra Amélia Sampaio Sílveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria do Socorro Pontes de Souza

Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

À Deus por me proporcionar chegar nesse momento, me dando todas as condições e força necessária para seguir em frente.

À Universidade Estadual da Paraíba pela acolhida e pelas condições oferecidas, que me permitiram concluir este trabalho.

Aos (Às) professores (as) do Departamento de Serviço Social por proporcionarem o aprimoramento dos meus conhecimentos, contribuindo para minha formação acadêmica-profissional.

Às queridas professoras Sandra Amélia, Socorro Pontes, Alessandra Ximenes e Thaísa Simplício por me concederem o privilégio de trabalhar como aluna extensionista e como monitora.

À ilustríssima e querida professora Kathleen Elane, por me conceder o privilégio de trabalhar ao seu lado na iniciação científica e por me orientar tão generosamente, compreendendo minhas inquietações e limitações e, pacientemente, me orientando e incentivando minhas reflexões.

Aos meus pais, Geraldo e Ronilda, que durante toda minha vida buscaram me orientar com muito amor, paciência, renúncia e por me darem toda base necessária para que eu pudesse seguir tranquila nesse espinhoso e prazeroso processo acadêmico. E, acima de tudo, me incentivando a sempre seguir o caminho do respeito, da perseverança e da honestidade.

À minha irmã Karen, pela força em cada obstáculo que enfrentei e vibração nas minhas conquistas.

Ao meu amado noivo Harrison, que de forma especial, amorosa e carinhosa me deu força e coragem nesse processo de aprendizado. Por entender minha ausência e me incentivar a seguir em frente. Nos momentos mais difíceis seu apoio e confiança em mim foi extremamente importante para renovação de minhas energias, nos momentos felizes sua vibração foi minha recompensa. Obrigada por estar sempre ao meu lado.

Aos meus familiares, amigos e colegas, presentes [mesmo na distância] neste processo.

RESUMO

O debate da “saúde” a partir da aparência e das condições do corpo têm ganhado destaque na contemporaneidade e esse fenômeno, de valorização dos parâmetros estéticos enquanto definidores de saúde, vem sendo denominado de Estetização da Saúde. Nesse sentido, o objetivo desse ensaio teórico é analisar tal fenômeno buscando situá-lo no contexto de relações que constituem a sociedade capitalista, à luz da perspectiva da totalidade. Essa aproximação inicial evidencia que o fenômeno está estreitamente relacionado ao processo de transformações societárias ocorridas no capitalismo tardio, a emergência do neoliberalismo e a ascensão do ideário pós-moderno no âmbito da cultura. Está relacionado ainda papel de destaque que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis vêm assumindo no perfil de morbimortalidade das populações. Nesse processo, a epidemiologia dos “fatores de risco” começa a ganhar lugar e seu papel seria identificar os “fatores” relacionados ao surgimento de tais patologias, que estariam associados ao sedentarismo e à alimentação dos sujeitos, desconsiderando as condições de vida e trabalho. Logo, vemos uma concepção que tem impregnado o cotidiano dos indivíduos e alimenta a necessidade dos sujeitos adotarem um estilo de vida “saudável”, processo cada vez mais associado ao culto ao corpo, ao narcisismo, aos distúrbios de saúde mental. Portanto, ressalta-se a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, sob angulação marxista, uma vez que diversas perspectivas vêm se apropriando dessa discussão tratando-o como fenômeno isolado.

Palavras-chave: Estetização da Saúde. Saúde. Beleza.

¹ Graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba- Campus I. Email: miila-lira@hotmail.com.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. HEGEMONIA E CULTURA: algumas considerações	8
3. A LÓGICA CULTURAL DO CAPITALISMO TARDIO: o contexto de emersão da estetização da saúde.....	12
4. A EMERSÃO DO MOVIMENTO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA CONEXÃO COM O FENÔMENO DA ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE.....	15
4.1. CONCEPÇÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE SAÚDE: algumas considerações.....	21
5. A ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE: um fenômeno contemporâneo	22
5.1 A INDÚSTRIA DO “BEM-ESTAR” E A LÓGICA DO CAPITAL	24
6. À GUIA DE CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

A princípio, compete situar que o presente artigo tem como objetivo analisar o fenômeno que vem sendo denominado de Estetização da Saúde, buscando situá-lo no contexto das relações que constituem a sociedade capitalista, em suas múltiplas dimensões. O interesse sobre este tema emergiu a partir da nossa participação no projeto de investigação intitulado “Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”², vinculado ao Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS).

Assim, o imergir nas leituras nos chamou a atenção para alguns aspectos que, embora não tenham sido trabalhados na citada pesquisa, têm forte relação com nosso cotidiano e nos motivou trabalhar nesse tema: a atual “corrida” ou pressão social na busca de saúde, através da realização de atividades físicas, dietas, procedimentos estéticos, traduzidas na busca pelo “estilo de vida” saudável e *fitness* (e tudo que o mercado desse universo oferece).

Neste sentido, é importante situar que o debate da “saúde” a partir da aparência e das condições do corpo têm ganhado centralidade na contemporaneidade e, segundo Luz (2003), isso significa dizer que a valorização da estética corporal é considerada cada vez mais definidora das condições de saúde dos sujeitos e se torna cada vez mais o critério social e cultural de enquadramento dos indivíduos para determinar se estão “saudáveis”. De acordo com Vasconcelos (2013), isso ocorre num cenário em que o saudável se “confunde” com o estético. Logo, este processo tem provocado efeitos devastadores tanto na objetividade quanto na própria subjetividade dos indivíduos. No tocante à primeira esfera, os sujeitos se veem instigados a seguirem padrões para obtenção de saúde e/ou de uma vida saudável.

No que se refere ao campo da subjetividade, a busca incessante pela “saúde”, além de uma obsessão pela eterna juventude – que se tornou uma espécie de compulsão generalizada na sociedade contemporânea (LUZ, 2003) – pode se converter em perturbações e agravos, como ansiedade, terror e consulta de especialistas na busca de certeza de saúde que nenhum receituário pode dar (SILVA; GADEA, 2009).

É importante destacar ainda que a associação entre saúde e beleza também tem estado relacionada aos transtornos no campo da saúde mental, destacando-se os transtornos da anorexia e bulimia. Concomitantemente, a busca incessante pela saúde através de parâmetros

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

estéticos é hoje considerada, segundo Ferreira (2015), um problema de saúde pública já que, atualmente, centenas de pessoas morrem ou sofrem algum agravo de saúde por conta de procedimentos estéticos, do uso (e efeito) dos anabolizantes, das dietas “malucas”, dentre tantos outros motivos.

Esse fenômeno de valorização dos parâmetros estéticos enquanto definidores de saúde, vem sendo denominado por Ferreira (2015) de **Estetização da Saúde**. Portanto, refere-se a um entendimento sobre saúde que vem ganhando hegemonia na contemporaneidade e que, em nosso entendimento, está relacionado ao processo de (re)produção do capital. Assim, diante da relevância desse fenômeno na atualidade, autores/as, de diferentes áreas de conhecimento, mas especialmente aqueles relacionados à saúde, dentre eles/as Nogueira (2001), Luz (2003), Castiel (2003), Ferreira (2015), têm se debruçado sobre tal temática.

É importante situar que se trata de uma realidade complexa, sobre a qual inclusive não há terminologia consensual entre os analistas: Higiomania, Salutismo e Estetização da Saúde – entre outros - são termos e concepções utilizados por autores em alusão ao fenômeno contemporâneo de associação entre saúde, corpo, beleza e estética.

Nesse sentido, é “imprescindível incorporar o debate [...] pois, pensar a saúde significa refletir, também, sobre como os significados acerca do corpo e da beleza vêm sendo (re)produzidos nas diferentes instâncias societárias” (FERREIRA, 2015, p. 137). Constatase, portanto, a relevância acadêmica e social de estudos acerca da Estetização da Saúde.

O que chama a atenção no tratamento dessa temática, contudo, é que, apesar de vir recebendo atenção acadêmica, tais estudos comumente não vêm ocorrendo sob uma perspectiva histórico-crítica³. Conforme Herold Júnior (2008), as discussões sobre o corpo – e, portanto, sobre a sua relação com a saúde – trazem consigo, de maneira geral, preocupações teóricas que convergem para o específico, a imagem, o discurso. Assim, acabam por gerar “a impossibilidade de elaborarmos uma análise que ambicione entender a temática com o intuito de uma compreensão e de uma crítica que contemple questões mais gerais” (HEROLD JÚNIOR, 2008, p. 3).

Destarte, longe de pretender esgotar esse tema tão amplo, em nossa análise, é sob a perspectiva da totalidade que poderemos analisar efetivamente o significado que essas

³De maneira geral, Netto (2011) aponta que Marx apresenta três categorias teórico-metodológicas que são nucleares no seu pensamento: totalidade, contradição e mediação. A primeira se deve a união dos complexos sociais que se estabelecem na sociedade, se refere “a capacidade intelectual que permite extrair de sua contextualidade determinada (de uma totalidade) um elemento, isolá-lo, examiná-lo; é um procedimento intelectual sem o qual a análise é inviável” (NETTO, 2011, p.44), uma totalidade dinâmica que se articula à categoria da contradição, devido a constante transformação da sociedade. Por fim, a categoria da mediação, que indica as relações estabelecidas são mediadas pela estrutura da totalidade.

questões relacionadas ao corpo e à saúde tem assumido no cenário coetâneo, visto que não é algo isolado, mas possui conexões com os processos societários. Neste sentido, destacamos a relevância de um estudo sob tal perspectiva, visto que, na literatura a qual tivemos acesso⁴ não nos deparamos com variados textos que adotassem a perspectiva histórico-crítica.

Ressaltamos também a importância do tema para o Serviço Social, em virtude de sua histórica e ampla⁵ inserção no espaço sócio-ocupacional da saúde.

De acordo com o CFESS (2010), o objetivo do trabalho do assistente social na área da saúde é compreender os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, sua interferência no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o seu enfrentamento. Assim, conforme Ferreira (2015) o fenômeno da Estetização coloca-se como um problema de saúde pública e colocam importantes questões para a Saúde Coletiva. Desse modo, avaliamos que essa é uma temática bastante relevante para nossa profissão.

Destacamos ainda que, nos últimos anos, o Serviço Social, além de profissão, vem sendo considerado área de produção de conhecimento, inclusive com considerável volume de publicações em torno de questões relacionadas à saúde. Não obstante, pelo que pudemos verificar em nossas buscas bibliográficas, questões relacionadas à Estetização da Saúde não têm aparecido no debate profissional, donde reforçamos a necessidade desse estudo, especialmente porque nossa área possui fortes traços de pesquisas baseadas na perspectiva histórico-crítica, o que pode inclusive contribuir para um tratamento mais crítico em torno do tema em tela.

É pertinente citar que, inicialmente, a ideia para esse trabalho era realizar uma pesquisa bibliográfica, analisando a produção acadêmica disponível acerca do tema. Deste modo, realizamos uma busca nos bancos de dados acadêmicos: SCIELO e CAPES, utilizando termos como saúde, beleza, corpo, mercado *fitness*, estilo de vida saudável, comportamentos saudáveis, medicina estética, cirurgia estética e imperativo da estética corporal. No entanto, constatamos, primeiramente, que não há um consenso em torno da terminologia apropriada para tratar desse fenômeno, conforme já indicamos. Por isso, resolvemos utilizar apenas os termos saúde e beleza, contudo, adotando a terminologia “Estetização da Saúde” para tratar dessa relação.

Em segundo lugar, conforme indicado, percebemos que a literatura acerca deste tema não é abundante⁶ e assume, por vezes, um tratamento da aparência do fenômeno ou, mesmo

4 Em nossas buscas nos bancos de dados bibliográficos, como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), entre outros.

5 Conforme dados do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFESS), a área da saúde é a terceira que mais emprega assistentes sociais, perdendo apenas para assistência social e criança e adolescente.

adotando uma perspectiva mais crítica, não considera, de forma geral, a relação da Estetização com os fenômenos mais amplos da vida social.

Desse modo, definimos como questões norteadoras do nosso estudo as seguintes indagações: em que consiste esse fenômeno da Estetização da Saúde? Que condições socioeconômicas e culturais permitiram sua emergência e ampla divulgação no cenário atual?

Foi realizado um ensaio teórico, que, conforme Severino (2007), é um tipo de trabalho que é concebido como um estudo bem desenvolvido, formal, discursivo e concludente, considerando uma exposição lógica e reflexiva.

Assim, para buscar responder tais indagações, partimos do pressuposto de que tal fenômeno está estreitamente relacionado a nossa formação social e cultural, conectado aos processos econômicos e culturais da fase atual do capital, os quais estabelecem padrões de beleza a serem seguidos e o não enquadramento a estas “normas” rebate em todas as esferas da vida social do sujeito.

Para expor o conteúdo de nosso estudo, o presente artigo discute primeiramente a Hegemonia e Cultura, à luz das interpretações gramscianas. Sequencialmente, contextualiza o processo de emergência e adensamento das diversas concepções de saúde no cenário contemporâneo, entre elas a Estetização da Saúde. Em seguida, trata da relação desse fenômeno com o movimento internacional da Nova Promoção da Saúde e como a Estetização da Saúde tem atingido o cotidiano dos indivíduos. Por fim, traça algumas considerações a título de conclusão.

2. HEGEMONIA E CULTURA: algumas considerações

Segundo Luz (2003), o culto ao corpo é uma marca registrada da contemporaneidade: tanta preocupação com a “saúde” e a imagem corporal revelam que estes são temas de interesse da sociedade e atingem, em intensidades distintas, o cotidiano dos indivíduos, afirma a autora.

Ainda, para análise desse fenômeno da Estetização da saúde, em nossa perspectiva, é importante não perder de vista que as noções de saúde, corpo, beleza e estética que atravessam a sociedade atual são determinadas por interesses econômicos, políticos e culturais e estão relacionadas, portanto, ao próprio processo de (re)produção social (IAMAMOTO, 2007). Nessa perspectiva, conforme Iamamoto (2007), a (re)produção refere-se à totalidade da

6 Esse estudo parte, portanto, de um duplo e grande esforço em nos debruçarmos sobre tal temática: primeiro, abordar o debate a partir da perspectiva de totalidade; segundo, a busca por literatura que respalde tal discussão, já que as produções acerca da estetização da saúde ainda são rarefeitas.

vida social, o que engloba não apenas a vida material e o modo de produção, mas também a reprodução espiritual da sociedade e das formas de consciência social através das quais o indivíduo se posiciona na vida social. Isso porque os entendimentos sobre saúde e sua relação com a beleza precisam ser situados e relacionados à busca do capital por controle na produção cultural.

Nesse processo, o conceito gramsciano de hegemonia⁷ permite apreender que nas sociedades de capitalismo avançado a luta por hegemonia não se trava apenas na instância econômica, mas também na esfera política e cultural (SIMIONATTO, 2009). Assim, embora nasça da fábrica, a hegemonia implica a “transformação da objetividade burguesa em subjetividade” (SIMIONATTO, 1998, p. 57).

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

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

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

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

Outro conceito gramsciano é o de bloco histórico⁸, o qual, permite apreender a articulação dialética entre estrutura e superestrutura e entende a realidade como dinâmica, ou

⁷ Hegemonia, como aponta Simionatto (2009), é a capacidade de direção política e cultural de uma classe, ou seja, a capacidade de construir uma visão de mundo a ser incorporada pelas demais classes.

⁸ Conforme Vasconcelos (2013), refere-se a unidade entre a natureza e o espírito, entre vida e política, ou seja, entre estrutura e superestrutura, que, por sua vez, compõem o bloco histórico.

seja, viva (ACANDA, 2006). A estrutura segundo Vasconcelos (2013) abrange não somente as forças produtivas, como também as relações sociais de produção, ou seja, o “conjunto das relações sociais” e a totalidade da vida social. Por sua vez, ainda conforme esta autora:

[...] a superestrutura seria, para Gramsci, compreendida como um conjunto dinâmico, complexo, e pleno de contradições, através do qual a classe hegemônica exerce sua dominação via instrumentos repressivos ou culturais, cuja função seria justamente disseminar a ideologia dominante para as classes subalternas e auxiliares, processo no qual o Estado teria papel fundamental (VASCONCELOS, 2013, p. 4).

A hegemonia, portanto, seria a “argamassa” do bloco histórico (VASCONCELOS; SCHMALLER; SILVA, 2013b).

O Estado⁹, por sua vez, tem papel fundamental no processo de legitimação da hegemonia burguesa. De acordo com Wanderley (2012), nele encontra-se: a sociedade política, constituída pelos órgãos das superestruturas encarregados de implementar a função de coerção e domínio; e a sociedade civil, conformada pelo conjunto de organismos, considerados “privados”, que possibilitam a direção intelectual e moral da sociedade, mediante a formação do consenso e adesão das massas.

Desse modo, na visão Gramsciana (2000 *apud* Simionatto 2009, p.42), “quando [o Estado] quer iniciar uma ação pouco popular cria previamente a opinião pública adequada”, isto é, organiza e centraliza certos elementos da sociedade civil. Este é o papel determinante que ele exerce na construção do sistema hegemônico, patente na dupla e simultânea função: assegurar as condições necessárias à expansão econômica e educar para alcançar o consenso (VASCONCELOS, SCHMALLER; SILVA, 2013b). Nesta perspectiva, o Estado, com suas múltiplas organizações na sociedade civil, “tornou-se, assim, um canal de produção, difusão e afirmação de determinado modo de vida” (VASCONCELOS, 2013, p. 39), de valores e normas de comportamento, através dos aparelhos privados de hegemonia¹⁰.

Assim, pode-se dizer que a burguesia consegue hegemonia porque faz com que seus interesses sejam vistos como interesses gerais. Na análise de Acanda (2006), só ela obtém consenso passivo e determina a ordem cultural em conformidade com o que lhe é mais

⁹A noção de Estado marxiana é ampliada por Gramsci: para Marx, a sociedade civil referia-se às relações econômicas e a sociedade política ao aparelho estatal. Já Gramsci defende que no Estado entram elementos que também são comuns a sociedade civil, ou seja, o Estado é concebido como sociedade política mais sociedade civil (WANDERLEY, 2012).

¹⁰Estes, para Gramsci (2001), são instituições da sociedade civil e sociedade política, voltadas à sedimentação de um dado consenso, e conseqüentemente, à propagação de valores e normas de comportamento, no sentido de triunfo de uma visão de mundo sobre outras, a ser conseguida através da ocupação de espaços ideológicos. Com isso, organizações como igreja, sindicatos, escolas, partidos e meios de comunicação, determinam aquilo que é aceito como normal, natural e evidente (SIMIONATO, 2009).

proveitoso. Ou seja, a depender de seus interesses, sejam eles acumulação ou ampliação da taxa de lucro, a classe dominante, através de seus mecanismos de consenso (dos aparelhos privados de hegemonia e/ou o próprio Estado), acaba por gerar a aceitação social de seus interesses particulares (ACANDA, 2006).

A cultura¹¹ e o senso comum são, com isso, politicamente funcionais aos interesses das diferentes classes. Assim, o senso comum, segundo Wanderley (2012), acaba por se constituir num instrumento de dominação da classe dominante, o qual expressa a consciência cotidiana que contém uma concepção de mundo ingênua, desagregada, desarticulada, dogmática e conservadora. Ou seja, o senso comum favorece a passividade e a aceitação da ordem social, o que dificulta uma “nova hegemonia revolucionária” (WANDERLEY, 2012, p. 25). Nesse sentido, vemos que “a classe dominante é hegemônica porque controla a produção cultural [...], não pode haver emancipação política, [...] sem que essas tenham alcançado emancipação cultural (ACANDA, 2006, p. 205). O autor aponta, portanto, que hegemonia implica a conquista do consenso (ACANDA, *idem*).

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

Tendo tais considerações como horizonte, concebemos que os entendimentos sobre saúde e sua relação com o corpo, beleza e estética, que perpassam a sociedade atual, são determinadas por diversas nuances em sua relação com a totalidade da vida social. Ou seja, embora as concepções de saúde, por vezes, sejam tratadas na literatura ora como uma esfera autonomizada da vida social, ora como discussão “técnica”, propostas por especialistas “neutros” (VASCONCELOS, 2013), elas articulam elementos econômicos, políticos, ideológicos e culturais que, por sua vez, não podem ser desarticulados do debate das relações dialética e da totalidade da vida social.

Desta forma, estes entendimentos precisam ser situados e relacionados à busca do capital por controle na produção cultural e na busca por hegemonia. É, portanto, no interior

¹¹ Concebido por Gramsci como o “modo de pensar” dos sujeitos (ACANDA, 2006).

desse caldo socioeconômico e cultural que podemos pensar as diversas concepções acerca da saúde emergentes no capitalismo tardio¹², entre elas a Estetização da Saúde.

3. A LÓGICA CULTURAL DO CAPITALISMO TARDIO: o contexto de emersão da estetização da saúde

Inicialmente, é relevante situar que a preocupação com o corpo está relacionada à importância que as dimensões da estética e da saúde passam a ocupar na contemporaneidade: é no século XX, mais particularmente a partir dos anos 1970 que, segundo Luz (2003), se localizam os momentos fundamentais para o entendimento do culto ao corpo na atualidade e sua associação à saúde. Essa associação, contudo, não se dá no vazio, ocorre num determinado cenário socioeconômico e cultural, num contexto de transformações societárias em várias dimensões da vida social, no qual deve ser buscada a explicação para a emersão e ampla divulgação do fenômeno em questão.

Neste sentido, vale situar que, a partir dos anos 1970, delineia-se uma forte crise do capitalismo¹³, num cenário no qual a reestruturação da produção e a reorganização dos mercados são iniciativas inerentes ao estabelecimento de um “novo equilíbrio” do modo capitalista de produzir (MOTA, 2010). Tal equilíbrio precisou se dar em todas as esferas socioeconômicas, desde a esfera da produção, a esfera da circulação e a esfera sócio-política e institucional.

É em meio a essa onda reestruturante que o neoliberalismo¹⁴ se ergue enquanto força prática, política, econômica e de poder ideológico (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O Estado, de modo processual, foi sendo redimensionado e apregoou-se a ideia de que o mercado funcionaria melhor e mais eficiente sem o controle estatal, pois ao intervir na economia ou ao conduzir diretamente as políticas sociais, perturbaria a ordem natural das leis

¹² Conforme Mandel (1982) as transformações que ocorreram dentro do capitalismo desde a Segunda Guerra, ou mesmo desde a Grande Depressão de 1929/32 foram tão significativas, que, para o autor, houve consideráveis mudanças na economia capitalista internacional. O período denominado como Capitalismo Tardio é marcado pela expansão do processo de acumulação – possível porque houve uma elevação da taxa de lucro –, mas que tornou as contradições internas do modo de produção capitalista ainda mais agudas. As características do capitalismo tardio são: redução da rotação do capital fixo; aceleração da inovação tecnológica; supercapitalização; superacumulação, entre outros.

¹³ A forma de enfrentamento da citada crise – decorrente da queda da taxa de lucro do capital, provocou baixo crescimento da produção e da produtividade – efetiva-se, num imenso processo de reestruturação produtiva. Assim, o capital para se reestruturar, incrementou, dentre tantas medidas, o uso da tecnologia como forma de garantir uma produção flexível aos interesses do mercado (HARVEY, 1992).

¹⁴ Para a instauração do neoliberalismo, foi necessária uma série de mecanismos de legitimação, como afirmam Netto e Braz (2000) “a ideologia neoliberal, maciçamente generalizada pelos meios de comunicação social a partir dos anos oitenta do século passado, conformou uma espécie de senso comum entre os serviços do capital (entre os quais se contam engenheiros, economistas, administradores, gerentes, jornalistas etc) e mesmo entre os significativos setores da população dos países centrais e periféricos” (p. 226).

de mercado (BATISTA, 1995). No entanto, apesar do discurso contrário, o Estado neoliberal continuou forte, o que mudou foi a direção socioeconômica da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do capital (IAMAMOTO, 2007). Concomitantemente, o Estado, em lugar de assegurar direitos sociais universais, direcionou-se aos setores mais pauperizados da sociedade (o que gerou focalização e seletividade aos mais pobres), com isso, restou aos próprios indivíduos responsabilizarem-se por sua condição social (IAMAMOTO, 2007), já que ao Estado não caberia mais essa função.

Assim, as ideias neoliberais, plenamente divulgadas¹⁵ – por intelectuais a serviço da classe dominante – proclama a liberdade do movimento mercantil como a única maneira de assegurar a “liberdade” individual. Outrossim, no bojo das transformações societárias, acontecem também modificações profundamente significativas no âmbito cultural, com a emergência do que vem sendo denominado de pensamento pós-moderno.

De modo geral, esse fenômeno definido como pós-modernidade¹⁶ refere-se ao conjunto de teorias e concepções de mundo que nascem como produto da negação da perspectiva de classe dos trabalhadores¹⁷ e se fortalecem, sobretudo, na década neoliberal (HARVEY, 1992). Assim, a pós-modernidade diz respeito à uma teoria que fundamenta esse “novo mundo” neoliberal, um “novo mundo” em que não existe perspectiva de transformação e revolução, uma vez que, as experiências “socialistas” naquele momento histórico não teriam logrado êxito (por exemplo: queda do muro de Berlim, a restauração do capitalismo nas velhas experiências socialistas), e o que restou, portanto, segundo a corrente pós-moderna, foi o indivíduo (TONELO, 2016).

Deste modo, na perspectiva pós-moderna, há uma negação da perspectiva materialista. Nesta linha, tal corrente de pensamento propõe que o marxismo é responsável por análises limitadas, por seu alto grau de generalidade e abstração, pela sujeição do político ao

¹⁵ Na análise de Batista (1995), o Consenso de Washington – ponto culminante das posições neoliberais – foi esclarecedor, pois, na intenção de discutir os problemas próprios da América Latina, o Consenso deixa claro que o objetivo principal dos norte-americanos era manter sua supremacia. A “(...) imprensa, por meio de editoriais ou de articulistas entusiastas do novo velho credo, colocaria na defensiva todos os que não se dispusessem a aderir à autodenominada “modernização pelo mercado”, qualificando-os automaticamente como retrógrados ou “dinossauro” (p.8).

¹⁶ O debate sobre a pós-modernidade – extremamente complexo e contraditório – foge ao escopo de nosso trabalho. Aqui buscamos apenas indicar alguns elementos que possuem conexão com o tema que estamos investigando.

¹⁷ A política keynesiana direcionada ao “pleno emprego” e a manutenção de um padrão salarial capaz de assegurar um relativo poder de compra dos trabalhadores implicaram o reconhecimento do poder sindical em suas reivindicações econômicas e políticas, no entanto, o processo reestruturação produtiva, esfacelou todas essas conquistas.

econômico¹⁸ (TONELO, 2016). Assim, o movimento pós-moderno acaba por negar a matéria e a luta de classes enquanto centro motor da sociedade capitalista.

Nesse contexto, conforme Tonelo (2016), as ideias pós-modernas se fortalecem e começam a transmitir valores próprios do capital: a resignação, o ceticismo, a imediatividade da vida social, o localismo, o singularismo, o efêmero, o molecular, o descontínuo, o individualismo e a ênfase na aparência. Nesta ótica, nas palavras de Netto (1996), a pós-modernidade é um sintoma das transformações que vinham ocorrendo na sociedade, “tomadas na sua epidérmica imediatividade, [...] o que os pós-modernos assumem como tarefa “criadora” [...] corresponde à própria estruturação fetichista da mercadoria e do tardo-capitalismo (NETTO, 1996, p. 98). Ainda nesse sentido, Jameson (1993) alerta que tal tendência reforça a lógica do capitalismo de consumo e acaba por esculpir a vida social dos sujeitos.

Logo, isso indica o que a classe dominante objetivava, nesse período histórico, era manter sua hegemonia e, com isso, precisou estabelecer também novas formas de socialização e produção de padrões de comportamento compatíveis com as necessidades de mudança na esfera de produção e reprodução social (IMAMOTO, 2007).

Conforme Netto (1996), essa realidade política, econômica, social e cultural, que começa a se desenhar nos anos 1970, se “flexibiliza” na translação da lógica do capital para todos os espaços da vida cultural. Desse modo, a vida cultural, diretamente relacionada ao cotidiano dos sujeitos, é “apropriada” pela burguesia (os aparelhos privados de hegemonia e os intelectuais orgânicos a serviço da classe dominante, o Estado etc) através das dimensões que lhes são próprias: lazer, consumo e estilo de vida. Ou seja, todas essas dimensões são cooptadas e passam a ser ditadas segundo a lógica e necessidade do capital.

Desse modo, a cultura, segundo Sousa (2006), passa a se atrelar a um subjetivismo extremado (mas não só) em detrimento da universalidade, na medida em que o pensamento pós-moderno assume posições e ganha adesão dentro da sociedade: o micro, o aparente e o indivíduo em si, passam a ser valores e referências no conjunto da sociedade dentro dessa realidade histórica.

Conseqüentemente, o capital, conforme Herold Júnior (2008), empenha-se em moldar inclusive os corpos, valores, desejos, de acordo com seus próprios requisitos, ao mesmo tempo que internaliza em seu *modus operandi* efeitos de desejos corporais, vontades, necessidades e relações sociais em mudança e interminavelmente inacabados, uma vez que

¹⁸ Assim, após adesão e ascensão da teoria pós-moderna, particularmente nos anos 1980, a teoria social-crítica foi dissipando forças nas produções acadêmicas e a tendência de valorização da subjetividade, do local, do específico, ganha espaço no meio acadêmico (TONELO, 2016), conseqüentemente, também nas produções e concepções acerca da saúde e da própria Estetização da Saúde.

“acabar” ou esgotar essas possibilidades sugeriria o fim do processo de produção e reprodução do capital. Assim, o tripé que adensa o enaltecimento das reflexões voltadas aos aspectos subjetivistas em detrimento das questões amplas e universais, embasa-se:

1. Na busca por hegemonia do capital, no seu processo de reestruturação produtiva;
2. No esfacelamento da perspectiva marxista e da negação da perspectiva de classe dos trabalhadores;
3. No adensamento da perspectiva pós-moderna, atrelado a política de ajuste neoliberal.

Aqui começamos a perceber, de maneira evidente, que é no interior do capitalismo tardio e sua busca por hegemonia que ganham força as ideias, concepções e produções relacionadas à saúde, corpo, beleza, estética, bem como aos aspectos subjetivistas e aparente. A partir de tais reflexões, é possível apreender melhor as nuances dentro das concepções sobre saúde, uma vez que o período em análise propiciou os enaltecimentos de produções e concepções que valorizam o aparente, o efêmero e o indivíduo, renegando qualquer associação entre saúde e a totalidade da vida social.

Desse modo, além da sociedade e dos sujeitos que dela fazem parte, o próprio entendimento das profissões de saúde sobre a saúde foi sendo desenhado a partir de perspectivas que ganharam espaço com o ideário da pós-modernidade. Com isso, percebe-se a necessidade de profissões da saúde, como o próprio Serviço Social, em se debruçar sobre esse fenômeno contemporâneo, realizando as devidas mediações neste debate. Nesse contexto, trataremos mais especificamente dos movimentos emergentes nesse período histórico em torno da saúde no tópico a seguir.

4. A EMERSÃO DO MOVIMENTO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA CONEXÃO COM O FENÔMENO DA ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE

A partir dos anos 1970, num cenário marcado, por um lado, por reivindicações para mudança no modelo sanitário biomédico e, por outro lado, pela proliferação de recomendações de corte nos gastos públicos, diversas discussões e práticas sobre saúde são atravessadas por um conjunto de movimentos econômicos, políticos e sociais (VASCONCELOS, 2013), com destaque para os movimentos em torno da Atenção Primária à Saúde (APS), da Nova Promoção da Saúde (NPS), do Movimento de Reforma Sanitária

Brasileira (MRS), entre outros. De tais movimentos, o que possui relação mais intrínseca com o fenômeno da Estetização da Saúde é o movimento internacional da NPS¹⁹.

Como indica Vasconcelos (2013), a gestação da NPS ocorreu no Canadá, a partir dos anos 1970, tendo emergido formalmente através da divulgação, em 1974, do documento conhecido como Informe Lalonde²⁰ (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Este documento indicava, a partir de estudos epidemiológicos, que, no país, havia ocorrido mudanças nas condições sanitárias da população: se antes as doenças infecciosas eram as principais causas de morte, a partir daquele momento, as doenças não transmissíveis e acidentes passaram a ser a principal causa, associadas ao comportamento e ao ambiente (VASCONCELOS, 2013).

O documento Lalonde estabelece um novo conceito de “saúde”, em oposição à perspectiva tradicional (biomédica), uma vez que: adota a noção de campo da saúde, que seria composto por quatro elementos: 1. Biologia humana, 2. Meio ambiente, 3. Estilo de vida, 4. Organização da atenção à saúde (VASCONCELOS, 2013). Apesar da amplitude conceitual, a maior parte das propostas acabam se voltando para mudanças no estilo de vida da população. Além disso, a redução dos gastos destinados à cura de doentes (modelo hospitalocêntrico) era a preocupação central do Informe (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Desse modo, o Informe é um marco importante – ao mesmo tempo em que expressa o valor – do reconhecimento da crescente importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)²¹ para o perfil de morbimortalidade da população de vários países, em nível mundial (com intensidades distintas nos vários países e mesmo no interior destes, a depender das condições socioeconômicas e sanitárias).

Isso porque, até o século XX, as principais causas de mortalidade eram as doenças infecciosas, o que, conforme Prata (1992), ocorria em virtude da exposição da população a serviços precários de saneamento (água, esgoto) e da manipulação inadequada de alimentos. Esse quadro começa a mudar, conforme o autor, com o controle das doenças infecciosas – através da introdução de medidas médicas (imunização e tratamento) e da redução da exposição da população ao risco de infecções, resultante da melhoria dos serviços de

¹⁹ O movimento da NPS representa não apenas o questionamento ao modelo sanitário hegemônico (o biomédico) e à medicalização da saúde (BUSS, 2009), mas concomitantemente, é palco de grandes tensões teóricas e filosóficas (CZERESNIA, 2009), e contradições ligadas aos distintos interesses políticos que ultrapassam o campo da saúde. Cf Vasconcelos, 2013.

²⁰ Recebeu este nome em alusão ao então ministro da Saúde do Canadá – Marc Lalonde (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

²¹ As DCNT variam: algumas são debilitantes, outras incapacitantes e algumas letais. Afetam muitos sistemas do corpo humano e incluem desde cárie dentária, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, acidentes cerebrovasculares, osteoporose e câncer de muitos órgãos, bem como doenças coronarianas (MALTA *et al*, 2017).

saneamento (água, esgoto e destino de resíduos) e de vigilância sanitária (manipulação adequada de alimentos) (PRATA, 1992). As DCNT²², então, vêm assumindo um papel de destaque no perfil de morbimortalidade das populações, num processo que alguns autores denominam de “transição epidemiológica”²³.

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

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

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

²²As DCNT, segundo Malta *et al* (2017), são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais (desses óbitos, 16 milhões ocorrem em menores de 70 anos de idade e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda).

²³A transição epidemiológica, caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas (causadas por diferentes agentes, representados por vírus, bactéria, fungos) para um outro onde predominam os óbitos por doenças não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres, diabetes) (PRATA, 1992).

Cabe ponderar ainda que apesar do “estilo de vida” [de fato] estar associado à expansão das DCNT, como nos mostram Castiel, Guilam e Ferreira (2010), essa abordagem voltada aos fatores de risco relacionada aos estilos de vida, com viés comportamentalista, não leva em conta os condicionantes sociais, econômicos e culturais. Nesse sentido, essa negação acaba por enaltecer o discurso do “estilo de vida” enviesado pelo fenômeno da Estetização da Saúde: o do “fisicamente ativo”²⁴, o que resulta, portanto, na culpabilização do indivíduo, como discutiremos adiante.

De volta à discussão sobre a NPS, conforme Castiel, Guilam e Ferreira (2010), o Informe Lalonde marca a “denúncia” da expansão das DCNT e a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde. As proposições advindas do documento, bem como aquelas adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contudo, pautam-se sobretudo em abordagens comportamentalistas/individualistas.

Os defensores da NPS afirmam que esta busca superar esse enfoque comportamentalista. Assim, de acordo com Vasconcelos (2013), a partir da Carta de Ottawa²⁵ foram realizadas pela OMS e suas regionais diversas iniciativas multinacionais, que cumprem importante papel na difusão da filosofia da NPS que possui como princípios: Equidade, Intersetorialidade, Participação Social, entre outros.

Apesar do discurso aparentemente progressista, segundo Vasconcelos (2013), o documento enfatiza a responsabilidade dos indivíduos e dos grupos sobre as condições de saúde, ao definir a NPS como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde” (BRASIL, 2002). Além disso, a noção de estilo de vida ativo foi um dos principais temas tratados (VASCONCELOS, 2013). Tal perspectiva²⁶, amplamente divulgada pela OMS, acaba por alimentar uma vertente da NPS que enfatiza o papel do indivíduo na produção de sua própria saúde (VASCONCELOS, 2013).

²⁴ Deve-se ressaltar que, para os analistas há diferenças entre o “estilo de vida fisicamente ativo” entre os anos 1970 e dos anos 1980. Se no primeiro a preocupação estava no aprimoramento da aptidão física como forma de melhoria da ‘saúde cardiovascular’, a partir dos anos 1980, a ênfase no exercício físico desloca-se para a atividade física, “a ideia é a incorporação da atividade física às tarefas do cotidiano como forma de melhoria de saúde” (p. 57).

²⁵ É importante situar que um marco na configuração deste movimento é a realização da I Conferência Internacional sobre PS, em 1986, em Ottawa/Canadá, pelo Ministério da Saúde e a OMS (BUSS, 2009). A Carta de Ottawa, documento resultante desta Conferência, tornou-se uma referência no desenvolvimento das ideias e ações da NPS em todo o mundo (CORREIA; MEDEIROS, 2014).

²⁶ Cumpre esclarecer que no interior das discussões da PS podem-se distinguir variados significados: desde perspectivas que focam nas mudanças dos estilos de vida – mas não só – (aqui denominado NPS), até abordagens que se colocam na crítica do capitalismo, enquanto sistema patógeno (VASCONCELOS, 2013). O que chama a atenção, contudo, é que, no ideário do senso comum, a perspectiva que vai se disseminar, ou seja, ganhar adesão, é exatamente aquela que foca no papel dos indivíduos em relação a sua saúde.

Com isso, algumas críticas são postas à NPS, das quais realçamos três. Inicialmente, destacamos que uma das possibilidades de consequência do ideário promocional diz respeito à compreensão de que a incorporação de hábitos de vida mais saudáveis deriva das decisões individuais, ou seja, depende do “estilo de vida”. Assim, incentiva-se, inclusive com forte apelo midiático, a incorporação de um estilo de vida saudável, especialmente através de alimentação saudável, “dietas”, realização de atividades físicas, exames preventivos, entre outros (SILVA; GADEA, 2009).

Esse processo acaba por responsabilizar os sujeitos individualmente por sua condição de saúde, sem considerar suas condições de vida e de trabalho, que geralmente vedam a possibilidade da maior parte da população “optar” por um estilo de vida mais saudável (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2017). Considere-se ainda que o estilo de vida de cada sujeito, conforme Buss (2002), vai muito além de escolhas meramente individuais: refere-se ao que a realidade objetiva e subjetiva proporciona ao indivíduo e está associado:

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

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

Este é configurado a partir da síntese das diversas condições de vida dos distintos âmbitos sociais e das relações que estabelecem entre eles. Está, portanto, associado ao nível de desenvolvimento das forças produtivas, à forma de organização econômica e política, à cultura e outros processos que delimitam a identidade de uma formação social (BUSS, 2002). Com isso, "a situação de saúde da população de cada sociedade, em geral, está estreitamente relacionada com seu modo de vida e com os processos que o reproduzem e transformam" (BUSS, 2002, p.52). Em outras palavras, a responsabilidade pela saúde não pode ser considerada de maneira simplesmente individual.

Em segundo lugar, o ideário da NPS em sua vertente individualizante contribui, de acordo com Vasconcelos (2013), para o desencadeamento de práticas excessivamente

intervencionistas e coercitivas sobre a vida privada dos sujeitos, o que vem ocorrendo, muitas vezes, via disseminação do discurso da “vida ativa”, que tem ganhado cada vez mais espaço, apontando para a restrição de escolhas livres e discursos de ordenação à vida. Sob a etiqueta de “promover” saúde proliferam discursos como: “tem que fazer exercícios físicos”, ‘não pode fumar’, ‘sexo só com camisinha’” (SILVA, 2009, p.53 *apud* VASCONCELOS; SCHMALLER, 2017, p. 161).

Além disso, o sedentarismo é visto como um mal (como doença), e a atividade física seria o remédio, com isso, há “o processo de patologização do sedentarismo” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 63), visto como um dos principais fatores de risco para as DCNT. Essa realidade torna-se ainda mais ríspida ao supor que a prática de atividade física pode ser realizada em qualquer lugar, o que, segundo Vasconcelos (2013), acaba fazendo do sedentarismo uma mera opção individual.

Assim, focar no estilo de vida ativo referindo-se à mera “escolha individual” é não levar em consideração diversos elementos, entre eles: o papel da mídia na divulgação em produtos não saudáveis; a necessidade de taxaço sobre os produtos não saudáveis, já que os “saudáveis” são os mais caros oferecidos à população, tendo o Estado papel fundamental nesse processo de regulamentação; a ampliação de espaços mercantilizados (por exemplo: academias de ginástica/musculação) e a restrição de espaços públicos, sendo a violência urbana um dos fatores que impede os sujeitos de usufruírem dos parques espaços para uso coletivo; os problemas de mobilidade urbana nos grandes e médios centros, que acabam por restringir os espaços e a própria mobilidade humana; a sobrecarga do trabalho e a exaustão física que esse processo provoca no cotidiano dos indivíduos, entre outros (BUSS, 2002).

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

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

Tal indústria movimenta US\$ 30 bilhões²⁷ no mundo num mercado que, no Brasil, está em ascensão e tem fortes relações com o processo de Estetização da Saúde, como veremos adiante. Neste momento, é importante mencionar que tal “mercado da saúde”²⁸ apropria-se do discurso de “Promover Saúde” e começa a desenvolver uma verdadeira “paixão pela forma” que deriva de uma ressignificação do corpo, traduzida por regimes alimentares, cirurgias estéticas, diferentes tipos de ginásticas e terapias (LUZ, 2003) e, dessa forma, privilegia o consumo como forma de se “promover saúde”.

Com isso, o uso do discurso do estilo de vida saudável ganha cada vez mais destaque na cultura do consumo de “saúde” e é nesse contexto que a estética se miscigena na construção da percepção da saúde e do que é considerado saudável (VASCONCELOS, 2013), configurando-se na emersão do fenômeno da Estetização da Saúde.

4.1. CONCEPÇÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE SAÚDE: algumas considerações

Como discutimos em item anterior, os mecanismos de proliferação da cultura dominante contemporânea trazem centralidade para valores como o individualismo, o consumismo e o cuidado do corpo. Com isso, a valorização da saúde relacionada aos parâmetros estéticos, segundo Luz (2000), inclui representações e imagens corporais de beleza, vigor e juventude. Esse processo tanto alimenta quanto é resultado da expansão do enaltecimento da cultura dietética, desportiva e higiênica (as quais mencionaremos um pouco mais adiante), que se configura em fenômenos que trazem a “saúde” como “mandamento” para todos os indivíduos.

Para discutir tal processo, como parece não haver uma terminologia consensual entre os autores, partiremos das perspectivas de Nogueira (2001), que o denomina Higiomania; de Berlinguer (1993), que considera a existência do Salutismo; e de Ferreira (2015), que se debruça sobre a Estetização da Saúde.

Segundo Nogueira (2001), a cultura narcisista no que denomina de modernidade tardia favorece a economia capitalista, uma vez que há um amplo consumo de produtos/itens voltados à saúde oferecidos pelo mercado, passando a saúde a ser entendida como perfeição do corpo. Desse modo, conforme o autor, a saúde “passou a ser mais que cultivada, é agora

²⁷ Disponível em: <<https://www.istoedinheiro.com.br/noticias/negocios/20030528/industria-bem--estar/20938>>. Acesso em: 27 mai 2018.

²⁸ Diferencia-se do “mercado da doença”, que por sua vez tem o diagnóstico e a doença como aspectos centrais (VASCONCELOS, 2013).

adorada” (NOGUEIRA, 2011, p. 64). Para este autor, essa adoração virou uma espécie de “mania coletiva da saúde”, denominado por ele como uma “higiomania”.

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

Por sua vez, Ferreira (2015) aponta que na contemporaneidade há uma valorização dos parâmetros estéticos enquanto definidores de “saúde” e define esse processo como Estetização da saúde, sobre a qual trataremos especificamente a seguir. Logo, a partir do exposto, percebe-se que a saúde na sociedade contemporânea tem sido objeto de intensa preocupação e diversas interpretações entre os autores. Assim, o que há em comum nas análises é o entendimento de saúde enquanto “obsessão” genérico-individual²⁹, o que demonstra o caráter manipulatório como o universo da saúde é tratado pela própria lógica do mercado.

5. A ESTETIZAÇÃO DA SAÚDE: um fenômeno contemporâneo

Na análise de Ferreira (2015), os modos de sentir e cuidar do corpo são influenciados por processos de subjetivação ditados pelo mercado, ou seja, este, ao ditar as regras da “boa saúde” na contemporaneidade, baseia-se na forma estética do corpo. Vale lembrar que, como tratamos nesse estudo, a subjetivação é uma dimensão da vida social que está diretamente associada à objetivação da ordem capitalista, ou seja, está ligada aos processos mais amplos que compõem a vida social, ligada ao modo como a sociedade produz e reproduz.

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

Em primeiro lugar, conforme já sinalizamos, o capital fortalece a indústria do bem-estar, a qual, além de auferir lucros alarmantes, oferece produtos e itens “da saúde” na

²⁹ Apesar de parecer um termo contraditório o que queremos dizer é que há uma generalização da “obsessão” pela saúde, no entanto, extremamente pautada no individualismo (praticar exercício, ter alimentação saudável, ser fitness etc) e na compreensão sobre saúde de forma acrítica.

promessa de que ao adquiri-los o sujeito terá um estilo de vida “saudável” e, com isso, garantirá uma boa “saúde”.

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

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

A mídia, em suas ações publicitárias, tem o poder de determinar o consumo de uma imagem ideal, socialmente reconhecida e aceita e que satisfaça o sistema econômico. Em virtude disso, para integrar o contexto publicitário [os sujeitos] não têm direito de decidirem se querem ser “magras [os] ou gordas [os]”, [...] se tornam dependentes do corpo considerado padrão de beleza veiculado pela mídia (MATHIAS; HAMMES, 2010, p. 2).

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

Esse debate, portanto, coaduna com o papel dos aparelhos privados de hegemonia, mencionados anteriormente, ao passar a ideia de que “cuidar da saúde e do corpo” refere-se a um interesse “de todos”, e que os interesses (na verdade privados) são públicos, reforçando-se o interesse de classe, logo, demonstrando o caráter político dentro desse processo.

Nesse contexto, o próprio cotidiano dos sujeitos é invadido por tal processo: tornou-se culturalmente aceito e comum o *boom* das academias e seus adeptos, a oferta de produtos no

mercado que atendam aos anseios da “saúde” (colchão “da saúde”, alimentos “da saúde”, panela “da saúde”³⁰ etc.) e a busca incessante pela eterna juventude (LUZ, 2003).

Segundo a referida autora, essa manifestação cultural do culto ao corpo – e à “saúde” – da sociedade contemporânea, portanto, envolve não só a prática de atividade física, mas também “as dietas, as cirurgias plásticas, o uso de produtos cosméticos, enfim, tudo o que responda à preocupação de se ter um corpo bonito e/ou saudável” (LUZ, 2003, p.3). Tais aspectos são claramente percebidos no cotidiano dos sujeitos que se veem “obrigados” e/ou instigados a seguir padrões e adquirir itens, na esperança de obter “saúde”.

Dito isto, longe de pretendermos esgotar esse assunto tão amplo, traremos agora alguns elementos que expressam a vastidão desse fenômeno em nossa sociedade.

5.1 A INDÚSTRIA DO “BEM-ESTAR” E A LÓGICA DO CAPITAL

Conforme vimos discutindo, destaca-se, na sociedade contemporânea, a ideia de manutenção da “saúde” indissociável do desejo de beleza e da preservação do vigor da juventude (FERREIRA, 2015). Esse ideário incorpora uma visão utilitarista e pragmática do corpo como máquina a ser consertada ou “melhorada” (FERREIRA, idem) e está intrinsecamente relacionado ao citado “mercado da saúde”. Este, segundo Vasconcelos (2013), reflete um conjunto de práticas ligadas aos variados nichos do mercado do “bem-estar” através de produtos e serviços inseridos nas seguintes categorias:

1. Produtos fitness e serviços (incluindo academias de ginástica, personal trainers);
2. Produtos nutricionais e serviços;
3. Medicina voluntária (incluindo cirurgia plástica e drogas de estilo de vida);
4. Os recursos em bem-estar (em particular nos meios de comunicação e no setor de informação);
5. Alimentos e bebidas (adjetivadas de saudáveis ou naturais);
6. Os cuidados de saúde alternativa;
7. Cuidados de saúde preventivos;

³⁰ Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/12/13/tire-suas-duvidas-e-descubra-quais-as-melhores-panels-na-hora-de-cozinhar.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

8. O turismo de saúde e bem-estar;

9. O seguro de bem-estar.

Nesse contexto, Lobato (2003) considera que:

[a indústria do bem-estar] vai do popular batom aos milhares de academias de ginástica, outro tanto de clínicas estéticas e centenas de milhares de cabeleireiros, manicures, maquiadores, massagistas, esteticistas, cirurgiões plásticos, dentistas, dermatologistas, nutricionistas (LOBATO, 2003, p. 1).

Dentre tais categorias, umas possuem uma maior relação com o fenômeno da Estetização da Saúde, acerca das quais teceremos algumas considerações, a saber: a prática de atividade física, a nutrição e a cirurgia plástica. No que se refere às atividades físicas, Luz (2003), em sua análise sobre a prática dessas atividades associada à saúde e à beleza, demonstra que, a partir dos anos 1970, houve substantivas mudanças no que se refere à finalidade da prática corporal. Segundo a autora:

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

Sob tal perspectiva, no Brasil estamos vivenciando um verdadeiro *boom* das academias. Para se ter uma ideia da dimensão desse processo, os dados mostram que somos o segundo país com maior número de academias do mundo, visto que existem, em média, 31.800³¹ academias espalhadas pelo território nacional, perdendo apenas para os Estados Unidos.

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

³¹Disponível em: <<https://www.ativo.com/fitness/noticias-fitness/brasil-e-o-segundo-em-numero-de-academias/>>. Acesso em 23 ago. 2017.

O curioso é que a própria Política Nacional de Promoção da Saúde³² parece se aproximar dessa lógica: um dos eixos priorizados é exatamente a prática corporal/atividade física, especialmente através da criação do Programa Academia da Saúde (através da Portaria nº 719/2011), que, segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011) visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Cabe ponderar, portanto, que se por um lado estes equipamentos sociais criam condições para a população que não tem acesso aos produtos e serviços oferecidos pelo mercado no que se refere à prática de atividade física possam utilizá-los, por outro, o direcionamento dado pelo programa não resolve a determinação social que impedem os sujeitos de obter esse “modo de vida saudável”, pelo contrário, reforça a lógica individualizante no que diz respeito aos cuidados com a saúde.

É importante contextualizar que, concomitantemente, o MS elabora o documento “Ações para o enfrentamento do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)³³ no Brasil” (2011-2011) (BRASIL, 2011b). Segundo Silva e Souza (2010), tal documento aponta o sedentarismo e a obesidade como um dos mais importantes fatores de risco para DCNT. Assim, de acordo com Castiel, Guilam e Ferreira (2010), a alteração individual do comportamento é assumido como foco prioritário de políticas públicas de saúde.

Vale destacar, portanto, que ao colocar para os sujeitos a responsabilidade por sua condição de saúde, tal perspectiva alimenta a tendência de enxugamento de gastos do Estado com políticas públicas (XAVIER, 2017). Esse processo explica, pois, o foco nas políticas públicas saudáveis de caráter individualista.

Desse modo, os conhecidos conceitos “autoestima”, “autoconfiança”, “autossatisfação” e “autocuidado” (NOGUEIRA, 2011) participam ativamente das políticas e programas efetivados pelo Estado (XAVIER, 2017). Essa seria, com base nos princípios dos organismos internacionais e das Políticas/Programas nacionais, como diz Nogueira (2011) a “fórmula da

³² Embora fuja ao escopo desse trabalho uma análise da Política de Promoção da Saúde, faremos algumas breves indicações que, supomos, conectam alguns eixos da mesma ao processo de Estetização da Saúde.

³³ Na análise de Vasconcelos (2013) o aumento das DCNT justifica-se pelo envelhecimento da população, que, por sua vez, tem trazido diversos impactos nos sistemas de previdência social e saúde. Com isso, segundo Silva e Souza (2010), os organismos internacionais como a OMS e o Banco Mundial têm oferecido, especialmente para os países periféricos, propostas de enfrentamento das DCNT, que afetam principalmente a população idosa. Desse modo, “as orientações desses organismos são dirigidas à busca de modelos de desenvolvimento nos quais os idosos possam ser parte ativa e contribuam para este, a fim de compensar as despesas que o Estado dispensará a esse grupo populacional” (SILVA; SOUZA, 2010, p.86).

saúde”, sobre o qual, reforçam a importância da imagem corporal e a individualidade nos cuidados com a “saúde”.

No tocante à questão nutricional, a busca pelo aconselhamento nutricional também ganha cada vez mais adeptos, pois o padrão de beleza do corpo magro é veiculado às mensagens de sucesso e felicidade (WITT; SCHNEIDER, 2011). Para as autoras, as pessoas tendem a acreditar que, sendo o corpo magro, pode-se alcançar todos os objetivos e que a perda de peso seria a solução para todos os seus problemas. A ciência da nutrição também auxilia indivíduos na busca de ideais, como por exemplo, o corpo “perfeito”³⁴.

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

Vejamos a questão do câncer, sobre as quais muitas vezes as estratégias preventivas focam no estilo de vida e enfatizam o sedentarismo, o tabagismo, a alimentação saudável. No entanto, elementos mais amplos estão em jogo, por exemplo, o uso e efeito do agrotóxico. Vale destacar que o mercado brasileiro de agrotóxicos³⁵ é o maior do mundo, com 107 empresas aptas a registrar produtos, e representa 16% do mercado mundial³⁶, “são dados preocupantes, se considerarmos que a ingestão cotidiana desses agrotóxicos pode contribuir para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis [...] e o câncer” (ANVISA, 2010),

Outro exemplo refere-se à obesidade infantil³⁷ e aos interesses da indústria alimentícia por trás desse fenômeno. Atualmente, este já é considerado um problema crônico e entre os fatores associados à tal patologia estão: o pouco tempo dedicado às atividades físicas e o elevado consumo de alimentos industrializados. No entanto, deve-se levar em consideração a

³⁴ A importância do trabalho do nutricionista, segundo Witt e Schneider (2011) consiste em ser um “processo pelo qual os clientes são efetivamente auxiliados a selecionar e a implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida. Então, o resultado desse processo não é somente a melhora do conhecimento sobre nutrição, mas uma mudança de comportamento. A qual deve ser específica às necessidades e à situação de cada indivíduo. O conselheiro nutricional é apenas um facilitador das mudanças de comportamento. Ele dá apoio emocional, auxilia na identificação de problemas nutricionais e estilo de vida, sugere comportamentos a serem modificados e facilita a compreensão e o controle do cliente” (WITT; SCHNEIDER, 2011, p. 5).

³⁵ É importante destacar que, recentemente, no dia 25 de junho de 2018, foi aprovado pela Comissão Especial da Câmara dos deputados o Projeto de Lei (PL) 6.299/2002, conhecido como “PL do veneno” e segue para votação no plenário na Câmara dos Deputados, o qual, busca flexibilizar amplamente a regras para adoção de novos agrotóxicos no país.

³⁶ Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Meio-Ambiente/Ranking-da-Anvisa-aponta-alimentos-contaminados-por-agrotoxicos%25D%250A/3/18208>>. Acesso em 28 mai. 2018.

³⁷ Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/obesidade-infantil-um-desafio-de-peso/>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

publicidade de alimentos ricos em açúcares e gorduras³⁸, o preço relativamente mais caros dos produtos considerados mais saudáveis, a falta de tempo para preparação caseira de alimentos, em virtude de questões relativas à sobrecarga de trabalho, as dificuldades na mobilidade urbana, entre outros.

Desse modo, as discussões em torno das DCNT e dos “fatores de risco”, requer ultrapassar o foco no estilo de vida e no indivíduo e associar a elementos mais amplos, inclusive à regulação da publicidade, fato que perpassa o próprio papel do Estado.

No que tange à medicina voluntária, o nosso país ocupa segundo lugar no ranking de cirurgias plásticas: só no ano de 2015 foram realizadas 1,2 milhão de cirurgias plásticas e 1,1 milhão de procedimentos estéticos³⁹. Conforme Ferreira (2010), estes “são números expressivos que demonstram a necessidade de ampliação da discussão” (FERREIRA, 2010, p.2) sobre a temática.

Ainda nesse sentido, os dados do estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica⁴⁰ demonstram, curiosamente, que, desde 2003, o Brasil ocupa a segunda colocação – posição que permanece no ano 2015 –, perdendo apenas para os EUA. O gráfico a seguir demonstra o ranking mundial em procedimentos/cirurgias estéticas:

Gráfico 1: Ranking dos países que mais fazem cirurgias plásticas no mundo, no ano de 2015



Fonte: Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/08/13/Por-que-o-Brasil-%C3%A9-uma-superpot%C3%AAncia-da-cirurgia-pl%C3%A1stica>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

³⁸ Seguindo a tendência de regular de forma mais específica a publicidade de alimentos e apoiada na lei brasileira de defesa do consumidor, a Anvisa divulgou, em junho de 2010, a Resolução RDC nº 24, tornando obrigatório que a publicidade de alimentos com alto teor de açúcar, gorduras e sódio, bem como de bebidas com baixo teor nutricional, seja acompanhada de alertas para possíveis riscos à saúde no caso de consumo excessivo. Entretanto, tal normativa foi suspensa por decisão judicial, a pedido do setor alimentício e publicitário, que contestaram a competência normativa da Anvisa para dispor sobre o tema (IDEC, 2014).

³⁹ Disponível em: <<https://vidasaudavel.gazetaesportiva.com/bem-estar/brasil-e-o-segundo-no-ranking-mundial-de-cirurgias-plasticas/>>. Acesso em 23 ago. 2017.

⁴⁰ Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5327:&cati> Acesso em: 28 mai. 2018.

Ao discutir esse panorama, é comum encontrar nas produções científicas que as intervenções, os procedimentos e/ou as cirurgias estéticas têm o objetivo de resgatar a autoestima dos sujeitos. Poli Neto e Caponi (2007) trazem uma afirmação da *American Society For Plastic Surgeons* (ASPS), a qual aponta que a cirurgia plástica estética “é realizada para dar uma nova forma as estruturas normais do corpo com o objetivo de melhorar a aparência do paciente e sua auto-estima” (POLI NETO; CAPONI, 2007, p.2). Nesse caso, a auto-estima passa a ser utilizada como justificativa para uma intervenção estética, processo que, por sua vez, é instigado e alimentado (especialmente, mas não só) pela mídia, no estabelecimento de padrões de corpo e beleza a serem seguidos, como forma do indivíduo recuperar sua “auto-estima”.

Nesse cenário, a indústria de cosméticos (que é apenas um setor dentro da imensa indústria do bem-estar) cresce, no Brasil, a níveis alarmantes, como demonstra Dino (2016):

O Brasil continua seguindo como o terceiro maior mercado consumidor mundial de produtos de beleza, atrás apenas da China e dos Estados Unidos. A expectativa, dizem os especialistas, é de que o setor volte a apresentar aumento no faturamento ainda neste segundo semestre de 2016, crescendo a taxas cada vez maiores até pelo menos 2020. De acordo com um estudo realizado pelo SPC Brasil, em um cenário de crise, o brasileiro opta por cortar atividade de lazer em vez gastos com a beleza, este comportamento, favorece a “Indústria da Beleza” (DINO, 2016, p.1 - *Ipsis litteris*).

Dentro desse contexto, o “visual” torna-se fator preponderante, especialmente para as mulheres, uma exigência social interligada à questão de gênero (KATAKA, 2016): manter-se “apresentável” à sociedade, com corpo, vestimentas e adereços da moda, e desfrutar inúmeros produtos/itens no mercado da beleza, estão dentre às exigências do “mundo feminino”. Conforme a autora, no mundo *fitness* essa autocrítica é maior junto a esse público: “[...] várias mulheres [têm] vergonha de ir à academia por considerarem que o corpo não [está] no peso adequado” (KATAKA, 2016, p.1). Evidentemente, não podemos deixar de mencionar que o mercado dos produtos de beleza voltados para o público masculino é crescente e tem obtido cada vez mais destaque nos meios de comunicação.

Nesse contexto, a expectativa do corpo dos indivíduos (de todos os gêneros) em relação aos padrões de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns na sociedade, como a maior incidência de anorexia⁴¹ e bulimia⁴²

⁴¹ Conforme Tenório *et. al.* (2017), o transtorno da anorexia faz o indivíduo enxergar o próprio corpo de maneira distorcida e, a partir daí, leva a atitudes como: indução de vômito para expulsar as refeições, uso de medicamentos como laxantes e o abuso de exercícios físicos.

(TENÓRIO *et al*, 2017), transtornos que afetam cerca de 2 milhões de brasileiros por ano. Conforme as autoras, o quadro chega a ser fatal em 15% dos casos e um dos fatores que levam os sujeitos a adquirirem esses transtornos é a pressão social por questões estéticas.

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

Assim, tal mandamento de “ter saúde”, ou “conservar a saúde” tornou-se tão importante na cultura atual que autores como Sfez (1995 *apud* SILVA; GADEA, 2009) o denominam de “nova utopia”. Na avaliação de tais autores, esta “parece se tratar de uma estratégia (poderosa) que pode significar passos concretos em direção à utopia de um mundo sem doenças ou, no mínimo, menos doente. Isso por que o mercado da saúde traz a ideia de que, ao consumir todos os produtos e serviços por ele oferecido, os sujeitos não obterão os (inevitáveis) sinais do tempo. Assim, estes “(...) Devem ser apagados e as antigas ‘doenças da idade’ precisam ser combatidas como inimigas da vida” (BASTOS *et al*, 2013, p. 494).

Com isso, o desejo por certezas capazes de reduzir e/ou eliminar os sofrimentos biológicos e subjetivos perpassa por esses fenômenos contemporâneos: Higiomania, Salutismo, Estetização da Saúde, de busca incessante pela eterna juventude, sob o discurso da saúde (LUZ, 2003). Porém essa concepção é questionada:

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

Este movimento, portanto, está relacionado a própria lógica econômica e cultural adotada pelo capitalismo tardio que, por um lado, investe em todos os mercados e indústrias que supostamente direcionam o sujeito a levar uma vida “saudável” e, por outro, retira os direitos, o desemprego aumenta, conseqüentemente, o contingente do exército indústria de reserva também cresce, processos que certamente trazem drásticas conseqüências para a qualidade de vida da população e que impedem os sujeitos de obterem uma “vida saudável”, já que são elementos considerados condicionalidades determinantes do processo saúde-doença.

⁴² A bulimia é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios como, por exemplo, a provocação de vômito.

Percebe-se, com isso, a contradição inerente ao modo de produção capitalista em sua fase de capitalismo tardio: ao mesmo tempo em que cria condições de “aceitação” social no que se refere ao modo como a sociedade deve entender “saúde” (obter um estilo de vida saudável e tudo que esse mercado apresenta), produz condições objetivas que impedem os sujeitos de obtê-la (desemprego, vínculos trabalhistas precarizados etc).

Nesse sentido, percebe-se que a pressão social e cultural pela busca incessante do corpo perfeito, sob o discurso da saúde, bem como suas repercussões sobre esta, é um fato preocupante, que precisa ser debatido e enfrentado.

6. À GUIZA DE CONCLUSÃO

Conforme indicamos, o fenômeno da “Estetização da Saúde” é tão amplo que diversas análises podem ser realizadas. Como mencionado, na literatura à qual tivemos acesso, os artigos ora ressaltam a contemporânea preocupação exagerada com o corpo, expressa através de procedimentos estéticos, cirurgias, regimes, dietas, entre outros; ora focam na necessidade de se obter estilo de vida saudável, que envolve principalmente cuidados com a alimentação e o exercício físico (LUZ, 2003). Assim, apesar de se colocarem numa perspectiva crítica, raras foram as produções disponíveis que associaram tais discussões à totalidade da vida social e ao quadro societário contemporâneo. Isso revela também a ausência do debate teórico sob a luz do marxismo nas produções acerca da relação entre a saúde e o corpo.

Nesse sentido, nosso grande desafio foi exatamente buscar apreender criticamente o debate acerca da “Estetização da Saúde”, tentando ultrapassar a aparência do debate, iluminando a relação entre esse fenômeno e o quadro societário.

Desta forma, sem pretender de modo algum esgotar essa temática, seguimos pela linha de articulação da mesma, com os processos societários, visando situá-la no contexto de relações amplas que constituem a sociedade capitalista, em suas múltiplas dimensões. Trata-se, portanto, de um estudo ainda exploratório, que demanda maiores e mais aprofundadas pesquisas.

Em nossas reflexões, constatamos que um conceito fundamental para a compreensão do fenômeno na sociedade capitalista é o de reprodução social que, na tradição marxista, se refere ao modo como são produzidas e reproduzidas as relações sociais nesta sociedade (IAMAMOTO, 2007), com destaque para o papel da hegemonia nesse processo.

Deste modo, em nossa incursão sobre a Estetização da Saúde, buscamos apreender justamente os condicionantes e determinantes para sua emersão e consolidação, que perpassam a crise do capitalismo nos anos 1970 e seu processo de busca por hegemonia

(IAMAMOTO, 2007). A cultura, a partir do adensamento da perspectiva pós-moderna, e de seus aparelhos privados de hegemonia, dissemina a lógica do capital para o cotidiano dos sujeitos, sendo os modos de vida ordenados pela lógica do mercado.

O “mercado da saúde”, sob o discurso de “Promover Saúde”, começa a difundir a necessidade da “forma perfeita”, traduzida por regimes alimentares, cirurgias estéticas e prática de atividade física, entre outros (LUZ, 2003). Enfatiza-se, desse modo, o consumo como meio do sujeito possuir uma vida saudável, sustentada sob o argumento da crescente importância que as DCNT vem adquirindo no cenário mundial atual.

Nesse cenário, os discursos de se “obter saúde” tornam-se uma espécie de obsessão generalizada na sociedade contemporânea (NOGUEIRA, 2001). Esse processo está relacionado as questões socioculturais, econômicas e políticas que norteiam a vida em sociedade e afetam nosso cotidiano, o que acaba por determinar nossos padrões de comportamento.

Assim, o *boom* das academias; a destacada participação do Brasil no *ranking* dos países que mais fazem cirurgias plásticas; e o papel central que a mídia (televisiva e eletrônica), conforme Silva e Gadea (2009), tem ganhado para disseminação da manutenção da “saúde”, indissociável do desejo de beleza e da preservação do vigor da juventude, são marcas da nossa cultura contemporânea.

Nesse contexto, portanto, a Estetização da Saúde é um fenômeno que encobre uma abordagem funcionalista e conservadora que favorece a manutenção da ordem social, assemelhando-se ao próprio movimento da NPS, em sua perspectiva behaviorista (VASCONCELOS, 2013), uma vez que acaba por: culpabilizar indivíduos por sua situação de saúde, desconsiderando suas condições de vida e trabalho, determinadas pela forma de organização da sociedade capitalista; reforçar a mercantilização da saúde, associada à indústria do bem-estar e ao mercado da “saúde”; e, por fim, contribuir para a afirmação de uma estética cultural individualista e “saudável”.

Nesse sentido, ao refletir sobre tal realidade, concluímos que há a necessidade de aprofundamento dos estudos acerca do fenômeno da Estetização da Saúde, especialmente pela necessidade de desvelamento de perspectivas que tendem a velar os reais interesses capitalistas e que trazem tantas repercussões para nosso cotidiano. Esse caminho só poderá ser trilhado se partirmos de perspectivas pautada na totalidade da vida social.

HEALTH ESTABLISHMENT: an analysis from the historical-critical perspective

ABSTRACT

The debate on "health" based on the appearance and conditions of the body has gained prominence in the contemporaneity and this phenomenon, of valorization of the aesthetic parameters as health definers, has been denominated of Estetization of Health. In this sense, the objective of this theoretical essay is to analyze this phenomenon in the context of relations that constitute capitalist society, in the light of the perspective of totality. This initial approximation shows that the phenomenon is closely related to the process of societal transformations that took place in late capitalism, the emergence of neoliberalism and the rise of postmodern ideas in the cultural sphere. There is also a prominent role that Chronic Noncommunicable Diseases have been assuming in the morbidity and mortality profile of the populations. In this process, the epidemiology of "risk factors" begins to gain ground and its role would be to identify the "factors" related to the emergence of such pathologies, which would be associated with sedentarism and the subjects' diet, disregarding living and working conditions. Therefore, we see a conception that has impregnated the daily life of individuals and feeds the subjects' need to adopt a "healthy" lifestyle, a process increasingly associated with body worship, narcissism, and mental health disorders. Therefore, the need for more in-depth studies on the subject under Marxist angulation is emphasized, since several perspectives have appropriated this discussion treating it as an isolated phenomenon.

Keywords: Aesthetization of Health. Health. Beauty.

REFERÊNCIAS

ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. RJ: Editora UFRJ, 2006.

ALIAGA, L. **A objetividade do conhecimento científico**: notas gramscianas para a construção de uma concepção de ciência e de ciência política. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/v2_luciana_GX.pdf>. Acesso 08 abr. 2018.

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

BASTOS, B; CASTIEL, L.D; CARDOSO, M.H.C.A; FERREIRA, M.C, *et al.* **Epidemia de fitness**. São Paulo. V22, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a18.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2018.

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

BEHRING, E.R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2011.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília-DF: MS, Março de 1986. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 29 Mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Social/Departamento de Atenção Básica. **Academia da Saúde**. [s.d.] Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/academia-da-saude>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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

CASTRO, A. L. de. **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo**. São Paulo: Annablume, 2003. Disponível em: < <http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel24/analuciacaastro.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2018.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE - CEBES. **Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1º Simpósio de Políticas e Saúde (UFF)**. [s.d.]. Disponível em: <http://cebes.org.br/.../DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTE SOCIAL (CFESS). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: FREITAS, C. M. de. (orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. de. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K.E.L.; COSTA, M.D.C. (orgs). **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. Campinas: Hucitec, 2014. P. 111-158.

DINO. **Indústria de Cosméticos dribla crise e projeta crescimento**. Disponível em: < <https://exame.abril.com.br/negocios/dino/industria-de-cosmeticos-dribla-crise-e-projeta-crescimento->

dino890103433131/>. Acesso em: 02 abr. 2018.

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

_____. **Algumas considerações acerca da medicina estética**. Rio de Janeiro. vol.15, nº.1, 2010.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**. Edições Loyola, SP, Brasil, 1992.

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

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

HEROLD JÚNIOR, C. Os processos formativos da corporeidade e o marxismo: aproximações pela problemática do trabalho. **Revista Brasileira de Educação**, n. 37, v. 13, 2008.

JAMESON, F. O pós-modernismo e a sociedade de consumo. In: **O mal-estar no pós-modernismo teorias e práticas**. Orgs: E. Ann Kaplan; tradução, Vera Ribeiro.- RJ Jorge Zahar. Ed, 1993.

KOTAKA, L. **A mulher e a difícil relação com o corpo**. Estadão, São Paulo, 2016. Disponível em <<http://emails.estadao.com.br/blogs/luciana-kotaka/a-mulher-e-a-dificil-relacao-com-o-corpo/>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

LOBATO, S. **O poder da beleza**. Folha de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1310200310.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

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

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

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

MANDEL, E. **Capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1982.

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

MOTA, A. E. **A nova fábrica de consensos**: Ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social (org.). São Paulo, Cortez, 2010.

NETTO, J.P. **Transformações societárias e Serviço Social**: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, n. 50, 1996.

_____. BRAZ, M. **Economia política**: Uma introdução crítica. Biblioteca básica do Serviço Social, v.1. SP. Ed. Cortez, 2000.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx I** José Paulo Netto. -1.ed.-Sao Paulo: Expressão Popular, 2011.

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

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

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

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo, Cortez, 2007.

SILVA, F.D.; SOUZA, A.L. **Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil**: a ideologia do envelhecimento ativo. São Luís: R. Pol. Públ. v.14, n.1, p. 85-94, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/356/4229>>. Acesso em: 28 mai. 2018.

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

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

SOUSA, A. A. S. Pós-modernidade Fim da modernidade ou mistificação da realidade contemporânea? In: _____. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS. Ano V, n.10, jul./dez., 2005.-Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

TENÓRIO, G; PINHEIRO, C. **Anorexia**: o que é, sintomas e tratamento. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/anorexia-o-que-e-sintomas-e-tratamento/>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

TONELO. I. **A crise capitalista e suas formas**. Brasília, Editora: Iskra, 2016.

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

_____. **Promoção da Saúde e Serviço Social:** uma análise do debate profissional. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

_____. SCHMALLER, V.P.V; SILVA, M.C. **(Re)visitando Gramsci:** considerações sobre o Estado e o poder. Florianópolis: Revista Katálises, 2013b.

WANDERLEY, L.E.W. **Sociedade civil e Gramsci:** desafios teóricos e práticos. n. 109. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, 2012.

WITT, J.S.G.Z; SCHNEIDER, A.P. **Nutrição Estética:** valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. Rio de Janeiro. V. 16, N.9, 2011.

XAVIER, A.B. A POLÍTICA NEOLIBERAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE CONSENSO EM TORNO DO NOVO PROJETO NEOLIBERAL. In: **Contarreforma, Intelectuais e Serviço Social:** As inflexões na Política de Saúde. Orgs: SILVA, A.X; NÓBREGA, M.B; MATIAS, T.S.C, Campina Grande: EDUEPB, 2017.