



CORPOS, PRAZERES E PRÁTICAS DO EU

Deborah Lupton

Nos capítulos anteriores¹, analisei o modo como os discursos da saúde pública e da promoção da saúde constroem, tanto explícita quanto implicitamente, certos tipos de sujeito. Assim como ocorre com muitas outras instituições e agências contemporâneas, as práticas de saúde pública e os discursos de promoção da saúde privilegiam um certo tipo de sujeito, um sujeito que é auto-regulado, consciente de sua saúde, de classe-média, racional, civilizado. Privilegiam também um corpo que é contido/coibido, que está sob o controle da vontade. As estratégias governamentais de saúde pública e de promoção da saúde, patrocinadas pelo Estado e por outras agências, têm como finalidade a promoção desses sujeitos e desses corpos. Estas estratégias realmente funcionam, como se pode perceber pela maneira como as pessoas expressam suas preocupações com a própria saúde e com tipos de atividade de promoção da saúde, nas quais elas se engajam, o que não ocorre com todos os indivíduos, nem por todo o tempo.

Embora as táticas de governo relativas à promoção da saúde e à saúde pública tenham muito a oferecer àqueles que possuem capital econômico, cultural e simbólico apropriados, para outros, seus incitamentos passarão despercebidos, serão transformados ou sofrerão forte contestação. Se as pessoas não se sentem interpeladas pelos discursos governamentais, se não se reconhecem neles ou se não forem investidas por tais discursos, não responderão a eles

conforme o previsto. Nas práticas cotidianas, particularmente, as normas culturais são ‘transgredidas e revistas’, assumidas e utilizadas por indivíduos com propósitos que podem ou não coincidir com as metas governamentais do Estado (Donald, 1992, p. 2-3). Este capítulo, além de descrever as redes de estratégias destinadas a regular a saúde da população, examina as respostas dos indivíduos a tais tentativas, no contexto cotidiano. Reconhece que as coerções operadas por aspectos sócio-econômicos, como gênero, etnicidade, renda, geração e classe social, precisam também ser consideradas em uma análise acerca dos nexos entre governamentalidade e subjetividade.

Resistência e desejo

Há um paradoxo central na teoria foucaultiana, de difícil solução para aqueles que se interessam pelas relações de poder, subjetividade e resistência. Um aspecto obscuro e ambíguo dos escritos de Foucault sobre o poder é o poder visto como simultaneamente produtivo e repressivo, isto é, seu aspecto dialético. Foucault insiste na idéia de que o poder é produtivo, uma vez que dá forma às instituições, objetos e sujeitos, mas ao mesmo tempo muitos de seus escritos, especialmente aqueles que se referem ao desenvolvimento da prisão e da clínica e aos regimes de governamentalidade, parecem representar o poder e o discurso como sendo algo que penetra e insidiosamente oprime o livre arbítrio humano, pela sua tendência a criar ‘corpos dóceis’. Se o poder não emana de um déspota ou de uma instituição central, mas está presente em todas as relações na sociedade, então a possibilidade de se utilizar o poder contra o cidadão desavisado é muito maior. Isso implica que o uso do termo ‘produtivo’ em relação ao funcionamento do poder não denota necessariamente uma produção positiva. Levar algo ao conhecimento público serve para torná-lo mais acessível ao controle e à vigilância. As relações de poder coercitivas e de confinamento podem ser produzidas e reproduzidas como parte da constituição de subjetividades e de processos de corporificação.

Até que ponto os discursos constroem subjetividades e corpos e qual é a função do não-discursivo nestes processos? O desafio ou a não conformidade aos imperativos da governamentalidade é possível no esquema de Foucault? Foucault certamente parecia acreditar que sim, pelo menos em seus últimos escritos. Ele argumentou, por exemplo, que:

O domínio e a consciência de próprio corpo podem ser alcançados apenas através do efeito de um investimento de poder no corpo: ginástica, exercícios, musculação, nudismo, exaltação da beleza física. Tudo isso diz respeito à linha que leva ao desejo em relação ao corpo, por intermédio de uma manipulação insistente, persistente, meticulosa do poder sobre os corpos de crianças e soldados, corpos sadios. Mas logo que o poder produz este efeito, inevitavelmente

surgem, em resposta, reivindicações e afirmações, as do próprio corpo contra o poder, as da saúde contra o sistema econômico, as do prazer contra as normas morais da sexualidade, do matrimônio, da decência. De súbito, o que tornara forte o poder passa a atacá-lo. O poder, após investir-se no corpo, encontra-se exposto a um contra-ataque no mesmo corpo (1980, p. 56, grifo da autora).

Este excerto sugere que há fontes alternativas, extra-discursivas ou não-discursivas, de resistência às estratégias externas de governamentalidade, que há exigências e prazeres que desafiam os ditames ou as convenções das ‘normas morais’. Do mesmo modo, embora Foucault comente, em outro lugar, que o corpo é sempre ‘moldado por vários regimes distintos; entra em colapso por causa dos ritmos de trabalho, de repouso e de feriados e é intoxicado por comida ou por valores, por força de hábitos alimentares ou de leis morais’, ele acrescenta que ‘isto constrói resistências’ (1984, p. 87). Foucault discutiu as lutas ‘transversais’ esporádicas que os indivíduos empreendem quando resistem à constituição do *eu* interior, lutas estas necessárias para promover novas formas de subjetividade (Cotton, 1993, p. 99-100). Entretanto, Foucault não explicou adequadamente como isso pode ocorrer, como os indivíduos conseguem viver ‘fora do campo de possibilidades disponível no esquema dominante de sujeição’ (1993, p. 100) e por que escolhem assumir tais posições de sujeito em alguns discursos e não em outros; nem dedicou muito tempo para discutir os constrangimentos estruturais impostos à liberdade de ação. O termo ‘resistência’ tal como é usado aqui não se refere somente a ações propositais, coletivas, dirigidas para fins políticos e em desafio explícito ao poder. Isto não quer dizer que tais atos de resistência não aconteçam: há ocasiões em que os elementos mais coercitivos da saúde pública e da promoção da saúde sofrem resistência ativa, através de esforços organizados. Por exemplo, os grupos ativistas da AIDS em países como Estados Unidos, Austrália e Inglaterra têm, há alguns anos, levado a efeito ações coletivas no sentido de mudar as políticas e práticas estatais de educação e de atenção à saúde, relativas à AIDS. Estes grupos têm procurado mostrar como as estratégias de saúde pública frequentemente discriminam indivíduos como os *gays* e têm contestado o modo de apresentar as pessoas que vivem com HIV/AIDS como ‘vítimas’ passivas, desprotegidas e desviantes, nos discursos da promoção da saúde. Entretanto, dada a compreensão da subjetividade como múltipla e fragmentada, a noção ‘moderna’, tradicional, de resistência não pode ser facilmente adotada quando se discutem relações de poder, porque isso pressupõe tanto um modelo de poder visto como sempre repressivo, investido nas instituições com intenção de dominação, quanto um conceito de um *eu* unificado, um *eu* que se filia exclusivamente a um certo grupo social ou subcultura. Como discuti nos capítulos precedentes, esses pressupostos não são mais aceitos acriticamente na teoria sócio-cultural contemporânea. Uma pessoa pode filiar-se a uma subcultura particular em um certo contexto e ter

lealdades conflitantes em outro, dependendo das posições de sujeito que ele ou ela assumam. É, portanto, difícil exigir um movimento unificado que apele a grupos definidos para que ajam coletivamente na luta contra a opressão, porque os indivíduos não são nem poderosos nem totalmente destituídos de poder, mas continuamente posicionados e reposicionados em relação ao poder (Henriques et al., 1984, p. 225).

Dadas essas mudanças no entendimento da subjetividade e das relações de poder, muitas discussões sobre a resistência, em resposta à teoria foucaultiana, tendem a conceituar as lutas no micronível, relacionando-as aos modos pelos quais os indivíduos deixam de concordar, conformar-se ou consentir com as exigências da governamentalidade. A resistência, assim, inclui modos de contestar ou de não aceitar o conjunto de máximas estabelecidas para a vida cotidiana. Neste micronível, as pessoas podem não aceitar os conselhos de saúde pública ou de promoção da saúde devido a um sentimento consciente de frustração, ressentimento ou tristeza, ou porque elas obtêm maior prazer e satisfação através de outras práticas de si, ou porque experimentam uma necessidade inconsciente que as faz assumir posições de sujeito e práticas corporais alternativas. De fato, esses *rationales*² de não conformidade com regras/exigências da saúde podem operar de forma simultânea ou variada, ao longo da vida de um indivíduo. Alguns teóricos, utilizando o conceito de governamentalidade para explicar a regulação moral dos indivíduos, têm mostrado por que as iniciativas governamentais fracassam ou sofrem contestação ou resistência. Isso ocorre em razão da necessidade de que o governado consinta com uma determinada atividade ou forma de governo: é preciso que as pessoas queiram existir como sujeitos (Gordon, 1991, p. 48; Burchell, 1991, p. 145). Em resposta à normalização que busca tornar os indivíduos mais iguais, as práticas de si podem promover individualidades idiossincráticas. O conceito de cuidado de si, portanto, implica um certo grau de agência, sugerindo que as técnicas da governamentalidade não são simplesmente impostas sobre os indivíduos e que, portanto, a resistência e a mudança podem ser geradas e mantidas (McNay, 1992, p. 84). Como isto sugere, o sujeito governado tem uma relação altamente ambivalente com os aparatos da governamentalidade. Em relação à saúde pública e à promoção da saúde, por exemplo, os cidadãos continuamente se movem manifestando desde um ressentimento, em relação à natureza autoritária do Estado e à sua intromissão nas suas vidas privadas, até uma expectativa de que o Estado assuma a responsabilidade por garantir e proteger a sua saúde.

Mas dada a influência dos discursos dominantes na constituição da subjetividade, de onde emerge o potencial para resistir, para produzir formas alternativas de subjetividade usando discursos alternativos? Por que os indivíduos escolhem assumir certas posições de sujeito em vez de outras? Como se produz a mudança e como se resiste a ela? As pessoas nunca estão completamente socializadas, compartilhando os mesmos significados devido, parcialmente, à

conscientização contínua de seus próprios processos corporais (Shilling, 1993, p. 178). Um espaço para a resistência pode, então, ser criado pela dissonância entre as experiências vividas pelos indivíduos e a versão ‘oficial’ de tais experiências ou ‘os interstícios entre experiência e representação’ (McNay, 1992, p. 153). Quando as estratégias externas de governamentalidade entram em conflito com a imagem de si mesmos que os indivíduos possuem, uma certa dissonância, um sentido de inquietude pode ser criado e pode levar à contestação no nível pessoal e, possivelmente, no nível organizativo (Burchell, 1991, p. 119). Outro espaço para a constituição de subjetividades alternativas é produzido na luta entre diferentes *rationales* com modos diversos e conflitantes de construção da subjetividade, provindos de diferentes espaços governamentais. Como expliquei na Introdução, não são somente as atividades do Estado que contribuem para a regulação dos corpos por meio da governamentalidade, mas uma miríade de outras instituições e locais sociais: a mídia e a cultura das *commodities*, a família, a escola, o sistema judiciário. Todos estes, em alguma medida, fazem parte dos esforços de governamentalidade do Estado, mas também possuem *rationales* não associados ao Estado, que ocasionalmente, contradizem ou mesmo tentam opor-se às exigências deste. Assim, os discursos que competem na construção do sujeito são muito diversos e contraditórios para garantir um completo alinhamento aos imperativos da saúde pública. A multiplicidade de lugares, técnicas e formas de poder governamental, os paradoxos aí compreendidos, tornam este poder vulnerável não apenas a uma política de oposição, mas também a resistências de proveniências diversas (Hunter, 1993, p. 132). Tentativas externas de governamentalidade não podem simplesmente se impor ao sujeito, tampouco são capazes de constituir uma subjetividade sem fissuras. Sempre poderá ocorrer que a governamentalidade entre em colapso em razão de sua diversidade. Como argumentam Rose e Miller (1992, p.190) ‘cada ator, cada local, é o ponto de intersecção entre forças e, portanto, um ponto de resistência potencial de alguma forma de pensamento e de ação, ou um ponto de organização e promulgação de um programa diferente ou de oposição’.

A não aceitação das regras relativas à saúde pode dever-se então a uma escolha consciente de práticas alternativas do *eu*, mas também pode ser gerada em um nível não-consciente ou não-discursivo. Para discutir este nível de auto-formação, a teoria psicanalítica está gradualmente sendo utilizada por acadêmicos da Sociologia e dos Estudos Culturais, que teorizam as interações entre repressão, incitamento e desejo. Esse uso da teoria psicanalítica vai além dos conceitos bastante essencialistas e estruturalistas do *eu* oriundos da psicanálise freudiana, tentando descrever a intersecção entre a psique individual e os modos pelos quais a subjetividade é construída, via formações discursivas e relações sociais. Donald (1991, p. 4) caracterizou esta abordagem como algo que se deu “após a releitura feminista da releitura de Freud feita por Lacan”. Os críticos pertencentes a esta perspectiva argumentam que o trabalho de Foucault

ignorou a discussão sobre a 'força propulsora libidinal positiva'; ou desejo – que é pré ou não-discursivo (Lash, 1991, p. 277). Eles põem em questão a noção de uma subjetividade racionalmente construída e plenamente consciente. Ao invés, procuram explicar o nexos entre agência e desejo, examinando os processos psicológicos através dos quais os significados culturais são descobertos, criados e transformados. A perspectiva psicanalítica concebe os sujeitos como participantes ativos na construção dos significados por intermédio das relações de poder mais do que, simplesmente, como objetos passivos da linguagem e do discurso. Essa perspectiva procura explicar como os sujeitos participam de sua própria dominação, bem como resistem a ela; porque eles têm um compromisso emocional em assumir posições em alguns discursos e não em outros; e como a resistência à mudança tanto quanto o desejo de mudança são produzidos (Henriques et al., 1984, p. 205-7; Mahoney e Yngvesson, 1992, p. 46).

Esta linha da teoria psicanalítica postula que os impulsos libidinais iniciais, os desejos e a repressão destes, que se devem às normas culturais, constroem o inconsciente, cujo caráter é expresso através de pensamentos e comportamentos individuais que têm um mínimo de controle consciente e racional sobre sonhos, lembranças, fantasias, lapsos da fala, neuroses e ansiedades, excitação erótica e outras experiências sensuais corporificadas. Alguns acadêmicos referem-se ao papel da repressão, do desejo, do prazer e do inconsciente na constituição de espaços para a resistência, dos quais o sujeito tem pouca consciência. O desejo aqui não se refere apenas ao desejo sexual, ou à falta deste, mas a uma força positiva, o investimento da libido em uma pessoa ou coisa, uma vontade de poder (Fox, 1993, p. 37). Para teóricos como Deleuze, o corpo é 'a superfície de intersecção entre as forças libidinais, por um lado e as forças sociais "externas", por outro'. É o inter-jogo dessas forças que dá ao corpo sua forma e suas qualidades específicas' (Lash, 1991, p. 277). A agência e a resistência emergem da libido como resistência à disciplina, significando que os discursos se inscrevem sobre os corpos em fluxo constante (Fox, 1993, p. 37).

Para a teoria psicanalítica o desenvolvimento da subjetividade e de um sentido de individualização na infância são importantes para se entender a agência. Argumenta-se que o conflito da criança em sua relação com seus pais, a tensão e a ambigüidade que ela experimenta entre a dependência e a resistência, é o espaço no qual um sentido de 'reforço de poder' pode ser gerado (Mahoney e Yngvesson, 1992). A resistência no nível do inconsciente não é produto da auto-reflexão, mas da contradição entre desejo e proibição, significando que 'o retorno do reprimido sempre tem probabilidade de voltar a ocorrer' (Game, 1991, p. 48). O ressentimento dos indivíduos ao serem forçados, pelo contexto social e pelo conhecimento do que é 'apropriado' ou esperado pelas convenções sociais, a terem um comportamento que conflita com seu estado emocional, ou que sentem como 'não-natural', é o ponto no qual surge a resistência às normas correntes. É através da tensão entre proibição e realização do desejo, da cisão

entre o *eu* lógico e consciente e os impulsos de culpa do inconsciente, que a agência é criada:

Esta criação do inconsciente através da repressão é, assim, também o momento da individuação que permite a agência autônoma, consciente, intencional, nos termos de uma identificação estabelecida através da autoridade da maquinaria social. Neste modelo revisado, a repressão dos desejos é tão importante para a formação da subjetividade como seu incitamento: é um mecanismo determinante da forma de expressão do material reprimido e de indução de sua repetição (Donald, 1993, p. 50, grifo da autora).

Ainda que o racional, o *eu* lógico, possa conscientemente se conformar às normas sociais e aos imperativos externos, o inconsciente leva o *eu* a explorar novos modos de ser, para romper convenções e coerências. Este nível individual de resistência pode ser transferido para atos coletivos e organizados de resistência, se estes desejos e frustrações são reconhecidos como compartilhados, ao invés de serem vistos como limitados à experiência individual da pessoa ou à constituição psíquica.

O desejo sexual fornece um exemplo. O corpo sexual é construído, de certa forma, pelos discursos dominantes que procuram limitar algumas formas de expressão erótica consideradas ‘perversas’ e promover e legitimar outras como ‘normais’. Entretanto, a multiplicação de discursos sobre o corpo sexual tem também estabelecido fontes de articulação das identidades sexuais e tem facilitado a formação de grupos sociais por aqueles que têm sido categorizados como ‘desviantes’ e que se ressentem desta categorização, demandando certos direitos e mudanças sociais. Assim ‘o corpo sexuado deve ser entendido não somente como o alvo primário das técnicas de poder disciplinar, mas também como o ponto onde tais técnicas se frustam e se resiste a elas’ (McNay, 1992, p. 39). No nível consciente, os indivíduos frequentemente desenvolvem atividades que são fortemente censuradas no campo social (tais como contato sexual com membros do mesmo sexo), desobedecendo deliberadamente às normas aceitas. Também nos níveis consciente e inconsciente as pessoas podem ter prazer em atividades e em fantasias sexuais ‘desviantes’ devido ao seu *status* de perversas. Como argumentarei detalhadamente mais adiante, o uso de *commodities* é outra área na qual o interjogo de repressão, prazer e desejo exerce um papel vital, inspirando ou motivando os indivíduos, tanto para assumir quanto para desafiar a governamentalidade relacionada com a promoção da saúde.

Além deste argumento, certas práticas do *eu* não podem ser consideradas como conscientes nem inconscientes, mas simplesmente como formas não subjetivas de comportar-se que são aculturadas nos indivíduos como parte do seu modo de vida, tais como os estilos de andar e dormir (Hunter, 1993, p. 128). Muitos indivíduos, por exemplo, escovam seus dentes todos os dias, geralmente com poucas reflexões sobre as razões pelas quais o fazem. A prática se tornou

um hábito, uma prática do *eu* perpetuada não por exigências externas ou motivações conscientes, mas por rotinas e rituais individuais não refletidos do cotidiano. A noção de *habitus*, tal como desenvolvida pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1984), é útil para conceituar os modos pelos quais as escolhas do indivíduo e as formas de apresentação corporal são modeladas e impostas por sua posição social. Bourdieu (1990, p. 9-10) desenvolveu o conceito de *habitus* para lidar com o paradoxo de que as pessoas podem agir de certa maneira, visando a certos fins, sem estar conscientes destes fins, mas também sem estar sendo determinadas por eles. Para Bourdieu o *habitus* descreve o mundo no qual os indivíduos vivem, incluindo seus hábitos cotidianos, seu ambiente de trabalho, sua aparência e seu senso de estilo. O *habitus* é formado no interior das condições estruturais nas quais as pessoas estão localizadas, particularmente suas posições de classe e gênero. Ele é reproduzido tanto nas esferas privadas quanto nas públicas: no sistema educacional, na família, no local de trabalho, na mídia e na cultura das *commodities**. Ele se expressa nos modos de comportar-se, de vestir, de consumir, de gesticular, de falar, nos gostos e nas preferências, e nos modos pelos quais as pessoas percebem e constroem a realidade. Por isso, grupos sociais se distinguem uns dos outros não somente pela posse de meios materiais, mas pelos seus padrões de consumo, pelas suas formas corporais, pela sua conduta, postura e modo de expressar-se.

Estes modos de pensar sobre o poder, a subjetividade e as práticas corporais reconhecem que há uma tensão entre uma visão do corpo e da subjetividade, pensados em sua constituição como processos discursivos, e aquela que vê a subjetividade e o projeto do *eu* como agenciais, o lugar onde ocorre a resistência. Aceita-se que esta dialética não possa ser completamente superada; os sujeitos não são nem integralmente governados pelo discurso, nem inteiramente capazes de sair fora dele. Ao contrário, há uma contínua luta em torno do significado; a governamentalidade tanto permite a construção da subjetividade e do processo de corporificação quanto, de certa forma, age para constranger tais processos. Esta abordagem conceitua o corpo humano ‘como uma série de processos de vir a ser, mais do que um estado fixo de ser’ (Grosz, 1994, p. 12), e como um terreno de contestação. Entretanto, embora a importância de um autocontrole consciente precise ser reconhecida para que se compreenda como as pessoas conduzem e regulam seus corpos e como constroem formas de subjetividade, as dimensões inconscientes e não-conscientes do comportamento também precisam ser consideradas. Poderia se dizer que se trata de um *continuum* ao longo do qual a resistência, ou a construção de alternativas, é consciente, indo de lutas de oposição radicais plenamente conscientes – tanto no nível do

* O Dicionário Aurélio (1999) registra a palavra ‘commodity’ em inglês, incorporando-a, portanto, ao vocabulário comum, com o sentido de ‘mercadoria’. Optamos por manter o termo em inglês, já que se trata de uma palavra de uso consagrado na literatura que trata das articulações entre corpo e consumo na contemporaneidade.

grupo quanto do indivíduo –, até o inconsciente, no qual a resistência ocorre através de impulsos e desejos emocionais e não precisa necessariamente ser reconhecida ou enunciada pelo sujeito como resistência. É preciso reconhecer também uma dimensão não consciente das práticas do *eu*, nas quais comportamentos são impostos através do *habitus* e são executados automaticamente.

Discursos da promoção da saúde na vida cotidiana

Como os capítulos anteriores mostraram, a lógica da promoção da saúde é direcionada para que os indivíduos descubram seu verdadeiro estado de saúde, para que revelem sua posição moral e para que, de fato, modelem seus verdadeiros *eus* por meio de estratégias de gerenciamento corporal. Até que ponto os discursos oficiais de manutenção da saúde e de responsabilidade pessoal são aceitos e assumidos pelos indivíduos na construção da subjetividade e nas práticas da vida cotidiana? Há evidência, a partir de entrevistas em que as pessoas falam acerca de seus conceitos e práticas de saúde, de que os discursos governamentais oficiais de promoção da saúde são frequentemente incorporados nas falas das pessoas de forma consciente. Saltonstall (1993), por exemplo, entrevistou mulheres e homens americanos de classe média, com idades entre 35 e 55 anos. Ela descobriu que a saúde era conceituada como uma realização do *sujeito* individual, uma criação consciente, o resultado de ações deliberadas envolvendo o corpo. Tanto as mulheres quanto os homens referiram-se a tais rotinas de manutenção do corpo, como evitar fumar, fazer a dieta certa e abster-se de beber, como sendo essências à boa saúde. A saúde era rotineiramente associada a ter um corpo “sarado”, a ser esbelto e estar em forma. Como um dos homens entrevistado comentou: ‘saúde para mim é a comida que você come, o modo como você se conduz, as roupas que você veste, a sua altura, a gordura corporal, a tonicidade da pele ou se você está doente. Penso que se você se cuida, fazendo ginástica, comendo direito... se tornará mais forte e saudável’ (1993, p. 8).

Estas formas de entender a saúde estão bastante disseminadas. Os primeiros estudos de Crawford (1984), envolvendo pessoas que vivem numa área de Chicago, e estudos mais recentes com pessoas que vivem em uma área da Escócia (McInnes and Milburn, 1994) e em Sidney (Lupton, 1994), obtiveram respostas semelhantes em relação aos conceitos de saúde que giravam em torno da noção de saúde como auto-controle, incluindo conceitos de auto-disciplina, auto-negação e força de vontade. A saúde foi então representada como uma meta a ser atingida por ações intencionais, envolvendo restrições, perseverança e um comprometimento de tempo e de energia. A saúde é o que fazemos, bem como a condição em que nos encontramos. Como foi dito por um dos entrevistados de Crawford: ‘Eu faço exercício. Não fumo. Não como muita carne verme-

lha. Não tenho muito colesterol. Tomo vitaminas. Vou ao médico todos os anos. Penso que estou saudável... Tento fazer todas essas coisas. Assim, acho que sou saudável' (1984, p. 66-7). O julgamento dos outros e a auto-censura são temas recorrentes nessas entrevistas, refletindo uma moralização geral na busca da saúde similar àquele da ética do trabalho. A obesidade então é vista como um sinal tangível de falta de controle, impulsividade, auto-indulgência, enquanto que o corpo magro é um testemunho do poder da auto-disciplina, 'um exemplo do domínio da mente sobre o corpo e de um virtuoso sacrifício (1984, p. 70).

Quando as pessoas adoecem, elas freqüentemente explicam seu infortúnio, usando os discursos dominantes da promoção da saúde. Johnson (1991) entrevistou americanos que haviam tido um ou mais ataques cardíacos. Ela descobriu que as tentativas dos respondentes de atribuir sentido à experiência estavam fortemente relacionadas à noção de que somos responsáveis pela doença cardíaca. Os respondentes escrutinavam seu estilo de vida na busca das razões pelas quais ficaram doentes. Alguns examinaram seus estilos de vida não-saudáveis, caracterizados por alto estresse ou sobrepeso, e decidiram que eram culpados, que 'eles receberam o que mereciam' ou 'eu acho que alguém quase poderia dizer que eu pedi por isso' como expressaram dois dos respondentes (1991, p. 32). Esses entrevistados sentiam remorso pelos seus 'erros' e estavam envergonhados de sua doença, cuja natureza tão abertamente proclamava suas falhas. Outros achavam difícil racionalizar seus problemas cardíacos, dado que eles haviam vivido vidas 'modelares', de acordo com o *rationale* da educação para a saúde, e alguns se sentiam 'fraudados' porque haviam seguido as regras, mas ainda assim permaneceram vulneráveis à doença cardíaca, ao contrário das informações relacionadas com a promoção da saúde. Como um indivíduo disse 'eu fiquei muito zangado porque fiz todas as coisas certas. Pensei: 'subo e desço oito andares, nado todos os dias, ando sempre que posso'. *Fiz tudo certo*. Controlei minha dieta feito louco'. Outro observou, 'pensei que eu não poderia ter um ataque cardíaco e agora sei que ele é hereditário [*sic*] em nossa família. Mas não fumo... Tenho feito dieta regularmente [*sic*] e não bebo muito. Sou muito ativo ... Os ataques cardíacos não deveriam me atingir. Sou tão jovem. Não fumo e sou muito saudável'. (Johnson, 1991, p. 31, grifos do autor).

Tais comentários demonstram em que medida as pessoas têm usado os discursos da promoção da saúde para atribuir sentido às suas doenças e às dos outros, emitindo julgamentos morais sobre a doença. Demonstram também a desilusão por terem aceito o discurso da 'vida saudável' da promoção da saúde, tendo feito o máximo para se ajustar aos conselhos e ainda assim encontrarem-se 'desprotegidas' apesar de suas prudentes modificações de comportamento. Mesmo quando as pessoas sabiam que a doença estava fortemente associada a fatores genéticos, como no comentário citado acima, achavam difícil aceitar a validade de tal explicação por causa da predominância do discurso da 'vida saudável'.

Na Inglaterra, nos Estados Unidos e na Austrália, a promoção da saúde é um movimento de classe média dominado por mulheres de descendência inglesa. Embora seus apelos à racionalidade, ao auto-controle possam encontrar ressonância em outros que têm um *background* cultural e sócio-econômico semelhante, diferentes grupos sociais recebem e interpretam os discursos da promoção da saúde de diferentes modos. Membros de grupos economicamente menos privilegiados, ou em diferentes estágios do ciclo de vida, não compartilham necessariamente tais sentidos e, com frequência, procuram opor-se a eles ativamente. As pessoas podem também enunciar discursos e estratégias conflitantes, que tanto sustentam as regras da saúde pública quanto as contestam. Pesquisas de grande alcance têm lançado luz sobre a interação entre conhecimentos relativos à saúde e a comportamentos no contexto da vida cotidiana das pessoas. As descobertas de tais estudos sugerem que as pessoas estão bastante conscientes do papel político dos discursos institucionais sobre manutenção da saúde e são capazes de fazer a distinção entre as demandas provenientes de exigências institucionais e da sua aplicação à sua vida privada. Isso ocorreu quando os entrevistadores foram capazes de ir além das considerações ‘públicas’ sobre a saúde das pessoas – que se conformam à ortodoxia oficial voltada para a responsabilidade dos indivíduos pela própria saúde – para abordar as suas considerações ‘privadas’. Como um homem da classe trabalhadora, entrevistado por Crawford (1984, p. 34) afirmou: ‘eu não quero ser forçado por nenhum tipo de preocupação pela saúde que não esteja realmente baseada na realidade dos fatos... Agora eles começam a dizer que tudo causa câncer. O que então as pessoas devem fazer? Eu apenas digo: para o inferno com isso. Se eu estiver comendo alguma coisa, eu vou continuar comendo.’ Outro estudo com dez famílias inglesas, de diferentes *status* sócio-econômicos (Calnan e Williams, 1991) descobriu que, embora muitas pessoas expressassem a crença no elo entre fumo e falta de saúde, os entrevistados da classe trabalhadora fumavam e negavam que o hábito lhes fizesse mal, e embora reconhecessem que o exercício é bom para a própria saúde tendiam a considerar os esforços deliberados para fazer exercícios como irrelevantes em suas vidas.

Muitas pessoas parecem oscilar entre aceitar as ortodoxias da promoção da saúde como uma explicação para a má saúde – ‘o discurso público’ – e rejeitar as estratégias de culpar a vítima destes discursos, particularmente em relação aos seus próprios estados de saúde – ‘o discurso privado’. A pesquisa de Backett (1992) sobre o senso moral leigo sobre a saúde das famílias de classe média residentes em Edimburgo objetivava entender os modos pelos quais crenças leigas sobre saúde são construídas e implementadas na vida cotidiana, no contexto doméstico. Ela descobriu que seus entrevistados viam a obsessão pela própria saúde tanto como um tabu quanto como franca arrogância. Embora os entrevistados, na primeira entrevista, tendessem a expressar visões socialmente aceitáveis em termos da manutenção de uma boa saúde, de acordo com os

discursos médicos e de saúde pública oficiais prevalentes, nas últimas entrevistas eles estavam sendo mais inclinados a expressar as dificuldades práticas de colocar tais ideologias em ação, no contexto da vida cotidiana. Backett conclui, assim, que 'os comportamentos relevantes de saúde são simplesmente um aspecto quando se trata de priorizar e tomar decisões sobre a alocação do tempo na vida diária' (1992, p. 267). Outros estudos têm revelado uma abordagem paradoxal das pessoas em relação às estratégias de promoção da saúde, tanto aceitando as ortodoxias quanto as rejeitando por acharem que são difíceis de aplicar na vida real (MacInnes e Milburn, 1994; Lupton, 1994d).

A noção fatalística de que o estado da saúde se deve especialmente a uma 'questão de sorte' tende a ser mais freqüentemente expressa pelos membros da classe trabalhadora do que pelos membros da classe média, e mais pelos grupos de pessoas mais idosas do que pelos mais jovens (Pill e Stott, 1992; Lewis et al, 1989; Calnan e Williams, 1991). Esta avaliação está baseada nas experiências das pessoas relativas à promoção da saúde, e reconhece que a formação familiar da pessoa, a sua constituição individual e as circunstâncias de vida são fatores importantes para o estado de saúde e para a duração da expectativa de vida de alguém. Uma pesquisa que investigou, por exemplo, as crenças sobre a doença coronariana manifestadas por pessoas que vivem no País de Gales (Davison et al;1992), descobriu que os entrevistados tinham um conhecimento detalhado e acurado dos fatores de risco das doenças coronárias, de acordo com o que era apresentado pelas agências de promoção da saúde e pela mídia de massa, mas não seguiam necessariamente essas normas/diretrizes em suas próprias vidas. Davison et al. argumentam que as pessoas desenvolvem uma resposta a tais informações, que eles chamam de 'epidemiologia leiga', que inclui 'a observação rotineira de casos de doença e de morte nas redes pessoais de trabalho e no espaço público' (1992, p. 678). Seus entrevistados reconheceram que há limitações para se alcançar a boa saúde, as quais se encontram para além do controle individual, incluindo características hereditárias, características pessoais, saúde relativa e acesso a recursos, ocupação, redes sociais e de apoio, clima, perigos naturais, contaminação ambiental e a natureza meramente aleatória da sorte ou o destino de cada um (1992, p. 679).

Somando-se às diferenças de classe social que influenciam os modos pelos quais as pessoas respondem aos discursos da promoção da saúde, ocorre também uma diferença de gênero. Embora as mulheres tendam a expressar maior preocupação acerca da sua saúde e com a boa forma e o peso, os homens parecem ter uma visão mais instrumental de seus corpos e da sua saúde, percebendo o comportamento de manutenção da saúde como o que lhes permite participar ativamente no trabalho ou na atividade de lazer mais do que na melhoria de sua aparência (Morgan, 1993; Saltonstall, 1993). O corpo masculino é menos visível nas representações culturais; uma maior atenção é dada às questões da saúde da mulher, mais do que à saúde dos homens e, na literatura sociológica, há

mais escritos e críticas acerca do processo de corporificação feminino do que do masculino. Em muitos aspectos, os homens tendem a negar este processo de corporificação, exceto em relação ao esporte ou a outras destrezas ou ações físicas. O corpo masculino com problemas, doente, passivo é culturalmente sub-representado (Morgan, 1993). De fato, nas culturas anglo-célticas, expressar preocupação acerca da saúde de alguém é freqüentemente considerado 'não-masculino'. Em entrevistas com homens escoceses, predominantemente de classe média, Watson (1993) descobriu que embora estes, nas entrevistas, recorressem a discursos moralistas a respeito de 'vagabundos' e 'maníacos por TV' (*couch potatoes*³); os entrevistados desdenhavam completamente os outros homens que mostravam interesse por dietas ou que se preocupavam muito com sua própria aparência. Em vez de eles próprios colocarem em ação as regras de promoção da saúde, estavam mais predispostos a assumir uma atitude de que se não havia algo 'errado' (com os sintomas óbvios de doença ou enfermidade) não havia a necessidade de se preocupar com o corpo. Para os homens jovens, assumir deliberadamente riscos em relação à saúde pode ser valorizado como um meio de expressar rebeldia contra a autoridade dos pais e de outros, de demonstrar independência e estar passando da infância para a idade adulta, e de expressar claramente masculinidade (Willis, 1990, p. 100-2).

Tais estudos têm mostrado que os discursos da saúde como controle e da saúde como liberação existem em tensão um com o outro e são ambos evidentes nas explicações das pessoas acerca da manutenção da saúde. A saúde é conceituada tanto como realização individual quanto como uma questão de sorte. É prudente ter bons hábitos para se manter uma boa saúde, mas a obsessão excessiva que chega ao ponto de negar os próprios prazeres da vida é considerada não-saudável. Crawford (1984) descobriu que a ênfase na liberação era particularmente evidente nos discursos das pessoas entrevistadas da classe trabalhadora, que expressavam menos controle sobre as suas situações de vida. Para estes indivíduos, a saúde é alcançada pelo relaxamento do controle, escapando da disciplina do trabalho e das preocupações com a vida cotidiana (veja também, Herzlich e Pierret, 1987, p. 232-3). O discurso da liberação apóia-se na lógica da liberdade e da satisfação do desejo. Esse discurso resiste àquelas regras da promoção da saúde que valorizam a disciplina, conceituando a saúde como um resultado do prazer, como um alívio do *stress* e da tensão emocional. O corpo grotesco — gordo, bêbado, bulfímico, empanturrado até o pescoço com grande quantidade de comidas gordurosas, fumando qual chaminé e fornicando — torna-se um lugar de prazer e de auto-indulgência e, através dos prazeres do consumo, resiste e rejeita as normas sociais dominantes (Morgan, 1993, p. 82-3).

Há ainda um paradoxo implícito no dualismo do controle e da liberação: a disciplina intensifica o desejo, ao negá-lo; sua intensificação pode, por outro lado, levá-lo a um maior controle (Crawford, 1984, p. 101). Este paradoxo emerge da dialética do capitalismo, no qual a auto-disciplina é requerida para produzir

commodities, mas o consumo destas *commodities* depende da satisfação do desejo, ainda que por caminhos cuidadosamente manipulados. Tal como no anúncio para um clube de saúde de Chicago: ‘nós vamos deixá-lo em forma e depois mimá-lo’⁴ (citado em Crawford 1974, p. 93). A promoção da saúde coexiste com a cultura das *commodities* em uma relação simbiótica e de suporte mútuo. O desejo e a auto-indulgência são incitados em um fórum e contidos persuasivamente no seguinte, induzindo a uma busca de compensação por auto-indulgência seguida por uma necessidade de exercer controle. Assim os indivíduos estão colocados em uma ‘dupla sujeição’ na qual eles se movem entre o consumo e o asceticismo, entre o princípio da *performance* e o ‘deixar-se levar’ (Bordo, 1990, p. 97). Neste contexto, as exigências em relação à saúde são assumidas em alguns momentos e rejeitadas em outros em um contínuo ciclo de controle e liberação.

Condicionamento físico, esporte e exercício

Com esta ênfase no estilo de vida, muitos dos princípios da promoção da saúde são dirigidos à regulação das atividades de consumo. No discurso da promoção da saúde, o estilo de vida é patologizado como uma fonte de má-saúde, com um conjunto particular de comportamentos específicos e discretos sendo identificados como ‘de risco’, incluindo o uso de tabaco e álcool, o peso, a dieta, os padrões de exercício, o manejo de estresse, o comportamento ao dirigir, a atividade sexual, os padrões de sono e de uso de medicamentos (Coreil et al., 1985, p. 428). Entre as questões que permanecem sem respostas estão: Por que as pessoas escolhem certos comportamentos e atividades ao invés de outras? O que estas escolhas significam para os indivíduos, em termos da construção da subjetividade? Onde as práticas de manutenção da saúde se encaixam no contexto da vida cotidiana? Dentro dos limites da cultura das *commodities*, o estilo de vida tem outro significado ainda mais positivo, conotando ‘individualidade, auto-expressão e auto-consciência de estilo’ (Featherstone, 1991b, p. 83). O estilo de vida é assim concebido como um projeto estético do *eu*, um recurso central para a construção da subjetividade (Wearing e Wearing, 1992; Veal, 1993).

Nesta perspectiva, a participação em atividades esportivas ou exercícios está largamente associada à construção da subjetividade. Os termos ‘condicionamento físico’ e ‘saúde’ têm, comumente, se tornado sinônimos no discurso cotidiano, especialmente para os membros da classe média. As atividades de condicionamento físico representam a tentativa dos indivíduos de encontrar os seus ‘verdadeiros *eus*’, para expor ‘a boa forma’ e a baixa gordura individual oculta sob as camadas de músculos, para pôr em consonância mente e corpo, para enfrentar com sucesso a natureza aparentemente caótica da vida no final do

século XX, através do controle do corpo: 'por meio de ações vitais, racionais e auto-dirigidas, o adepto da boa forma luta para construir uma biografia integral numa época em que os papéis e a moralidade coletiva estão se transformando inconsistente e rapidamente' (Glassner, 1989, p. 183). Assim, para alguns indivíduos as exigências da saúde pública e da promoção da saúde quanto ao exercício e ao gerenciamento do corpo oferecem diretrizes para a auto-transformação, modos de lidar com as pressões externas e internas, um canal para a agência e a auto-expressão.

Exercitar-se regularmente, especialmente se isto envolve atividades físicas que não se configuram como jogo e que não estão associadas com o prazer (tais como os esportes de raquete ou os esportes coletivos) mas cuja finalidade é a manutenção do corpo (por exemplo, o *jogging* e o exercitar-se em academias), atua como um marcador da capacidade de um indivíduo para a auto-regulação. Este conceito de exercício está fortemente atrelado ao conceito de saúde como uma 'criação' ou como uma realização do *eu*. Está também relacionado a noções contemporâneas mais amplas de corpo 'ideal' como aquele que é controlado firmemente, contido no espaço, destituído de excesso de gordura ou de músculos flácidos. Tanto no discurso da promoção da saúde quanto no da cultura das *commodities*, os corpos são rotineiramente segmentados em 'áreas-problema' que requerem atenção extra, ora por serem excessivamente grandes, ora por não serem suficientemente definidos e tonificados: as coxas, as nádegas, os peitorais, os bíceps. Esta segmentação atinge sua apoteose no *body-building*, onde exercícios e máquinas especiais são projetadas para 'trabalhar' áreas distintas do corpo. Como uma mulher adepta destes exercícios comentou: 'eu acho que as panturrilhas são uma parte exageradamente *sexy* do corpo. Consegui aumentar muito o tamanho delas ano passado. Adoro fazer exercícios com as panturrilhas e vê-las crescer. Eu adoro treiná-las e eu adoro vê-las crescer' (citado em Mansfield e McGinn, 1993, 54).

Essas noções de esporte como outro tipo de trabalho, como um meio de exibir a força de caráter pessoal de alguém, auto-contido e dedicado a uma causa comum, o corpo como um signo externo de uma posição moral interna, têm sido evidentes tanto na literatura médica como na popular desde o final do séc. XIX (Armstrong, 1983; Mrozek, 1989, p. 19). Como descrevi no capítulo 1, ao longo do século passado e até a metade deste surgiu uma forte classe governamental e uma estrutura baseada no gênero que definiu o tipo de atividades esportivas consideradas apropriadas aos diferentes grupos sociais. Não obstante, as exigências associadas ao tipo ideal de homem esportivo têm sido amplamente contestadas pelos membros da classe trabalhadora. Hargreaves (1987, p. 147) afirma que, mesmo quando as classes médias britânicas do séc. XIX tentaram instilar auto-disciplina e ascetismo nos homens da classe trabalhadora, encorajando-os a se engajar nos esportes organizados, esses últimos preferiam passatempos que fossem mais voltados para o entretenimento, tais como a bebida e

os jogos de apostas. Para as classes trabalhadoras, o ‘homem esportivo’ era um indivíduo com os pés fincados na terra, sociável, que gostava de beber e fumar e de uma boa diversão’. Os esportes que requerem boa coordenação de tempo e de reflexos (mão-olho) e que acontecem em ambientes em que os indivíduos podem fumar, beber e encontrar amigos, tais como a sinuca, a piscina e os dardos permanecem mais populares entre a classe trabalhadora do que entre a classe média (1977, p. 153). Em sua explicação do *habitus*, Bourdieu categoriza o conceito de corpo da classe trabalhadora contemporânea como sendo instrumental, demonstrado pela escolhas de esportes dos membros daquele grupo que freqüentemente envolvem dor, sofrimento e um sentido de aposta com o corpo, tal como o *box*, andar de moto, pular de paraquedas e o *rugby*. Ele argumenta, por contraste, que as classes privilegiadas tratam o corpo como ‘um fim em si mesmo’ fixando-se em seu estado de saúde, em sua estética, e engajando-se em cerimônias que são ‘uma exaltação ascética da sobriedade e do rigor da dieta’ (Bourdieu, 1993, p. 354). Os corpos inseridos neste *habitus* estão constantemente se auto-vigiando e vigiando os outros, checando saliências, gorduras, perda de tônus. Eles se olham ao espelho, lançam olhares discretos nos espaços públicos, os parceiros lembram uns aos outros que estão ‘ficando muito gordos’ e que devem se conter.

As oposições binárias saudável/doente, masculino/feminino, real/artificial, moral/venal, ativo/passivo, para citar apenas algumas, são muito evidentes nos discursos do exercício e do condicionamento físico. Embora Glassner (1989) argumente que tanto os homens quanto as mulheres sejam exortados ao exercício igualmente, Mansfield e McGinn (1993) têm mostrado, por exemplo, que a presença de músculos grandes nos corpos das mulheres não é considerada atrativa nem feminina, mesmo no mundo do *body-building*, e que, além disso, as mulheres são ativamente dissuadidas no sentido de não se tornarem corpulentas, assim como os homens são encorajados a aumentarem seu tecido muscular. Para Bordo (1990), a ansiedade acerca do corpo não-controlado é expressa simbolicamente em produtos da mídia tais como nos filmes de horror *A mosca* e *Alien*, em que figuras de pesadelo combinam características de monstros e humanos. Este conceito, do corpo incontido como monstruoso, também aparece nas descrições das mulheres acerca de seus corpos, nas quais elas expressam emoções de descontentamento em relação à sua incapacidade de conter os músculos: uma mulher, por exemplo, comentou: ‘meus peitos, meu estômago — eles são terrivelmente protuberantes, impactantes, salientes. Meu corpo pode voltar-se contra mim a qualquer momento. É uma massa de músculos fora de controle’ (1990, p. 89). Bordo argumenta que ‘a construção do corpo como um alienígena pronto para atacar, ameaçando transformar-se em uma coisa feia a expor as suas saliências é uma imagem cultural comum’, ao menos para as mulheres (1990, p. 89-90).

O movimento das mulheres em busca do condicionamento físico é um mero exemplo do modo pelo qual os corpos das mulheres são subjugados pelos

discursos dominantes, alimentando a narcísica 'tirania da esbelteza', ou trata-se de uma expressão das necessidades das mulheres de resistir aos discursos estereotipados que representam os seus corpos como fracos e submissos (Crawford, 1984, p. 95-6)? A escolha em assumir os discursos da esbelteza e da boa forma pode significar para algumas mulheres sua participação nas qualidades valorizadas pela sociedade ocidental – despreocupação, auto-contenção, auto-controle, a mente subjungando a matéria – que têm sido tradicionalmente consideradas mais do domínio da masculinidade do que da feminilidade (Bordo, 1990, p. 105; Willis, 1991). Redican e Hadley (1988) encontraram em suas entrevistas com mulheres que trabalhavam fora e que eram frequentadoras regulares de uma academia, em uma cidade grande da Inglaterra, que a motivação para iniciar e para continuar tais exercícios estava mais fortemente relacionada a sentimentos positivos de auto-controle e manutenção externa do corpo do que ao alcance de uma boa saúde. As mulheres tinham investido em uma coleção de roupas modernas para ginástica e estavam preocupadas com a forma e a deterioração física de seus corpos. Elas viam a academia como um lugar para mostrar publicamente a sua boa forma, para aliviar o estresse do dia de trabalho e para experimentar a emoção do sucesso alcançado com o exercício. Entretanto, expressavam também culpa por sua preguiça ao não se comprometerem com exercícios regulares. As entrevistadas viam o nível de seu condicionamento físico e sua participação nas atividades como símbolo do alcance de uma meta, e viam-se numa hierarquia de boa forma na qual aspiravam ascender. A participação nos exercícios era, deste modo, tanto uma liberação em relação ao trabalho como também assumia a estrutura de um trabalho. A frequência à academia para as mulheres era também uma fonte de apoio social, na medida em que se tornavam amigas das demais frequentadoras e dos funcionários.

A constelação de significados em torno de tais atividades sugere que as pessoas se exercitam porque está na moda, porque é virtuoso e ascético, porque representa auto-controle e auto-disciplina, mas também porque é glamouroso e *sexy*, envolvendo roupas de lycra caras e ajustadas ao corpo, tênis de alta tecnologia (Bordo, 1990; Featherstone, 1991a). Como comentou Hargreaves (1987, p. 151): 'O que associa, em termos econômicos, a cultura do consumo à cultura dos esportes ... é a preocupação partilhada com a constituição do corpo do indivíduo normal e a capacidade de ajustar significativamente o corpo'. Para algumas mulheres, engajar-se nos exercícios pode representar seus desejos de escapar às amarras do papel feminino, subvertendo a noção de corpo feminino como fraco e dependente, enquanto para outras mulheres, e para a maioria dos homens, a motivação principal é obter o corpo atlético magro, duro e firme, tão prezado como sexualmente atrativo pela cultura do consumo (Hargreaves, 1987; Bordo, 1990; Willis, 1991; Saltonstall, 1993). Para as pessoas de ambos os sexos que estão se aproximando da meia-idade, os exercícios podem significar uma tentativa de manter a juventude e o encanto em uma cultura que vê o passar do tempo ou o sobrepeso corporal como fisicamente repulsivos (Featherstone e

Hepworth, 1991; Mellencamp, 1992). Em todos estes casos, os exercícios oferecem uma oportunidade de remodelar a musculatura de alguém, seja para diminuir a flacidez e desfazer-se da gordura indesejada, ou para cobrir-se de músculos. Quando estes significados culturais são examinados, o desejo de “boa saúde” torna-se um componente menos significativo nas razões pelas quais as pessoas se engajam nos regimes de exercícios, sendo substituído por preocupações engendradas por poderosas ideologias de moralidade, asceticismo, auto-disciplina e controle que subjazem aos padrões de consumo em uma cultura direcionada para a auto-promoção e a ‘boa aparência’ (Wernick, 1991; Featherstone, 1991a). Noções de ‘saúde’ são reinterpretadas, particularmente na cultura das *commodities* da classe média, passando a relacionar-se com a atratividade e a manutenção do corpo; como um indivíduo entrevistado por Saltonstall comentou: ‘bem, é muito fácil. Eu apenas olho para eles, e se eles não estão em forma, eu digo “àquelas pessoas não são saudáveis”’ (1993, p. 11).

Enquanto estes conceitos de corpo idealizado estão claramente ligados à cultura de consumo, que representa corpos como *commodities*, e a discursos de promoção da saúde que valorizam o corpo controlado, outras instituições, tais como os sistemas educacionais e militares, têm estado integralmente voltados para a construção do corpo ‘saudável’ e ‘ajustado’. Como discuti no capítulo 1, desde o séc. XIX, o sistema educacional tem sido o lugar principal no qual discursos dominantes relacionados ao esporte e ao exercício físico têm sido produzidos e reproduzidos. No final do séc. XX, a educação para a saúde e os programas de desenvolvimento físico nas escolas continuam como foruns para a reprodução das ideologias e dos discursos dominantes em relação às condutas corporais adequadas. Há várias ideologias dominantes circulando na educação física escolar contemporânea: o individualismo, ou a ênfase nos valores que sustentam o empreendimento individual nas competições; a ‘mania de saúde’ e a valorização do condicionamento físico como instrumento que leva à boa saúde, e a noção de que a boa saúde resulta de um controle cuidadoso; a racionalidade tecnocrática, com ênfase na eficiência, no controle do tempo e a noção do corpo humano como uma máquina, e da educação física como uma ‘ciência’ projetada por ‘*experts*’ que é meramente implementada por professores; e o mesomorfismo, ou o privilegiamento do corpo ajustado, delgado e musculoso ao invés do corpo magro e arredondado (Kirk e Colquhoun, 1989; Tinning, 1990).

Hargreaves (1986, p. 162) vê a educação física como excessivamente direcionada à cooperação, ao auto-controle e à administração do corpo, simbolizando a responsabilidade individual pela manutenção de uma ordem social harmoniosa. O mesmo autor (1986, p. 164), além disso, aponta que termos tais como ‘preparação para a sociedade’, ‘conhecimento do que é certo e o que é errado’ e ‘a integração dos excluídos’ são freqüentemente usados no discurso da educação física, assim como o potencial do exercício é usado para maximizar qualidades tais como ‘iniciativa’, ‘criatividade’, ‘competência’, ‘disciplina’, ‘le-

aldade' e 'cooperação'. Estruturas e processos sociais são minimizados por tal discurso com sua ênfase no empreendimento individual e na integração social: 'O ponto no qual o discurso atinge a estrutura social, é em termos de um "comunitarismo" penetrante, por meio do qual a escola e seus alunos são representados como componentes uma entidade vaga e indefinida – "a comunidade"' (1986, p. 165). No contexto da escolarização, os professores percebem-se fazendo a coisa certa em relação aos seus alunos ao encorajá-los a alcançar seu objetivo de um corpo saudável, ao mesmo tempo que lhes permitem ter sucesso tanto físico quanto social. Como aí se sugere, a noção de corpo ideal não se conforma simplesmente à determinação das exigências relacionadas à produção de uma força de trabalho ajustada. Sua racionalidade é muito mais individualizada na medida em que valoriza a importância de estar 'em forma' e 'saudável' como um projeto para si mesmo, para atingir aos objetivos individuais, antes que aos do Estado.

Além dos significados morais das atividades esportivas, é preciso levar em conta também as emoções que estas induzem também necessitam ser levadas em conta. Os esportes e os jogos são excitantes: eles associam as emoções e as paixões, incitam sentimentos de nacionalismo e comunidade (Mennell, 1992, p. 141). A combinação de incerteza e qualidade dramática, ritualística e teatral das atividades esportivas resulta num rico investimento de sentidos, o que dota os esportes e os jogos de uma capacidade de desenvolver o corpo assim como de reproduzir as ideologias e discursos hegemônicos (Hargreaves, 1987, p. 142). Desde a virada do séculos, a participação em atividades esportivas tem sido vista como uma experiência intensa, unindo prazer sensual, auto-disciplina, auto-descoberta, auto-expressão e plenitude: 'o esporte era um divertimento, mas também uma obrigação – um paradoxo peculiar mas essencial que não é diferente daquele que ocorre na conversão religiosa' (Mrozek, 1989, p. 42-3). Nas sociedades ocidentais altamente reguladas, nas quais se espera a contenção pública de emoções tais como ódio, agressão e alegria sem limites, a participação em atividades esportivas, tanto como competidor quanto como espectador, permite a liberação espontânea de sentimentos. Assim, a representação do enfrentamento esportivo profissional na cultura popular age como um equivalente discursivo das guerras; é comum o uso de termos militares agressivos tais como 'batalha', 'luta', 'conquista' e 'contendor' na cobertura das atividades esportivas. Em tais atividades, argumenta Elias (citado por Mennell, 1992, p. 142): o 'perigo imaginário, o prazer e o medo miméticos, a tristeza e a alegria são produzidos e talvez resolvidos num cenário de passatempos. Diferentes estados de espírito são evocados e talvez comparados, tais como tristeza e euforia, agitação e paz de espírito'. A estimulação e a conseqüente resolução de tais emoções pelo cenário controlado da arena esportiva servem, por um curto período ao menos, para tirar os participantes do mundo cotidiano da 'vida real' com seus riscos e perigos. Acima de tudo as atividades esportivas permitem aos participantes exibir

seus sentimentos em companhia de outros (algumas vezes milhares de outros) de maneiras que são proibidas em outras arenas sociais, permitindo a manifestação coletiva da emoção (Mennell, 1992, p. 142-3).

Um estudo com base na evocação de lembranças individuais relacionadas com o esporte demonstrou o elo entre as atividades esportivas, as relações sociais e as emoções. Healey (1991) perguntou a 132 americanos qual era a lembrança mais viva que tinham em relação ao esporte. Ele descobriu que a maioria dos eventos lembrados ocorreram durante a infância e adolescência, e muitos tinham uma alta ou moderada intensidade emocional, relacionada a sentimentos como alegria, orgulho, excitação, embaraço, frustração e humilhação. O tema mais comum das lembranças relatadas era acerca de auto-descobertas positivas, nas quais os indivíduos lembravam um incidente no qual 'eram postos à prova' e ganhavam auto-confiança ou uma renovada confirmação de seus próprios talentos. Outros temas comuns incluíam a experiência de fortalecimento de laços sociais através do esporte (tais como jogos na vizinhança e na infância ou em times de esporte escolares), imagens de heroísmo pessoal, onde o protagonista 'salvou' o seu time, histórias sobre superação de obstáculos devido à determinação e espírito guerreiro ou, inversamente, sobre falhas e histórias sobre dor. Healey conclui que 'as pessoas livre e comumente associam o esporte a suas relações mais íntimas e aos momentos mais significativos de suas vidas' (1991, p. 226-7). A participação em atividades esportivas é, então, motivada por uma complexa associação de discursos, em que o imperativo da saúde é apenas uma entre tantas considerações.

Como esta pesquisa sugere, as práticas do *eu* privilegiadas pelos discursos da saúde pública e da promoção da saúde não precisam necessariamente ser vistas como constrangedoras e opressivas. Considere o exemplo de um homem jovem de classe média que tenha uma ocupação profissional bem paga e que responda aos discursos dominantes do condicionamento físico, saúde e do corpo transformado em *commodity* ao frequentar uma academia regularmente. Ele pode muito bem pagar um tênis Nike muito caro e o conjunto de *Lycra* que veste para ir à academia, assim como a sua mensalidade. Muitos aspectos de sua experiência na academia são altamente prazerosos: deixar aquela mesa à qual ficava sentado, a oportunidade de realizar exercícios físicos para liberar as tensões que seu trabalho impõe, os prazeres físicos de transpirar, de mover os músculos, de exercitar-se no ritmo da música dançante, o aumento do ritmo cardíaco e do consumo de oxigênio e a liberação de endorfinas que o leva a sentir-se vivo e pleno de energia, o chuveiro quente depois de tudo, a noção de ser parte de uma comunidade de atletas, o sentimento de um cansaço físico bem merecido que facilita um sono profundo, quando ele vai para a cama. Embora ele geralmente faça uma dieta com pouca gordura, por causa de sua frequência regular à academia, permite-se pequenas indulgências – uma cerveja ou duas, a ocasional barra de chocolate –, que sabe que não provocarão sobrepeso en-

quanto fizer exercícios. Ele pode dizer tranquilamente para os amigos ou para os colegas de trabalho, 'estou saindo para a academia', reforçando então sua auto-identidade como um homem jovem, saudável, ativo e ajustado. Ele não se sente embaraçado quando está ocioso na praia vestido apenas com uma pequena sunga, ou tirando suas roupas em frente a um parceiro sexual. De fato, tem prazer ao mostrar seus bem definidos abdominais, bíceps e quadríceps para outros e mesmo permite-se uma ocasional parada em frente ao espelho de casa. Este jovem homem não é vítima, não é oprimido por discursos dominantes; na verdade, está altamente consciente deles e deleita-se com os discursos de auto-controle, asceticismo e esteticismo que constroem o significado de sua atividade esportiva.

Pense nesse mesmo homem uma década depois. Ele compartilha sua casa com uma parceira e talvez com crianças pequenas. Ele atingiu uma alta posição em seu local de trabalho, mas com isso vem mais responsabilidade, reuniões-almoço em que há comidas ricas em gordura e seções de bebida com clientes e longas horas dispendidas em sua mesa durante a noite e nos finais de semana. Ele não vai mais à academia, simplesmente porque não tem mais tempo. Qualquer tempo disponível que tenha é em grande parte dispendido em relaxar em frente à televisão com sua companheira e alguns drinques calmantes. De tempos em tempos, ele se sente culpado e ansioso pela sua falta de tempo para praticar exercícios. Ele sabe que deveria fazer exercícios aeróbicos regulares para melhorar sua condição cardiovascular, mas o mais importante a partir de sua perspectiva é que ele perdeu seu tônus e volume muscular, e seu estômago, que era tão liso e do qual ele se orgulhava tanto, tornou-se flácido e a meia-idade está se impondo. Todas as suas calças tornaram-se apertadas e sua parceira começou a fazer comentários críticos sobre o seu desempenho amoroso e a apelidá-lo de rechonchudo. Ele secretamente se preocupa com que ela possa não achá-lo mais atraente e que possa mesmo deixá-lo por outro homem em melhor condição. Evita olhar o seu corpo nu no espelho e não mais desfila pela praia. Ele ainda é a mesma 'pessoa', embora com um corpo físico um tanto diferente, mas sua subjetividade mudou. Os discursos da forma física, da boa saúde, da auto-disciplina e do asceticismo que uma vez o fizeram se sentir atrativo e vivo, sob controle, agora o constituem como preguiçoso, não atraente, um perdedor, fora de controle.

Como este exemplo demonstra, a interação do discurso, das práticas do *eu* e da subjetividade, no contexto da promoção da saúde e de outros imperativos governamentais, não é estável. Os modos pelos quais os discursos são assumidos e integrados à auto-identidade são, pelo menos parcialmente, contingentes no fluxo das posições que o indivíduo exerce na força de trabalho, no ciclo de vida e na interação com instituições tais como a economia, a família e a escola.

O consumo de álcool e do tabaco: uma perspectiva simbólica

Os discursos de promoção da saúde representam tanto o consumo do cigarro quanto o do álcool como 'problemas' e 'atividades de risco' que precisam ser combatidos em favor da saúde pública. Os indivíduos e/ou grupos sociais que são considerados como tendo 'problemas' com o álcool ou com o fumo tendem a ser representados nos discursos de promoção da saúde como fracos e facilmente suscetíveis a pressões externas. Eles são retratados como incontroláveis e carentes de um nível mais elevado de racionalidade: portanto, como 'não civilizados'. No caso dos grupos que continuam a fumar ou a beber álcool, razões como a pressão do grupo de iguais são frequentemente colocadas em evidência. O conceito de 'pressão do grupo de iguais', comenta May (1993, p. 161) no contexto do consumo de álcool entre jovens, adota 'a noção de uma racionalidade subdesenvolvida ou distorcida, incorporada a uma aparente falha dos indivíduos em tomar decisões socialmente eficazes acerca de seus comportamentos vinculados à bebida'. A 'pressão do grupo de iguais' é vista como negativa, 'forçando' as pessoas a fazerem coisas que não são boas para elas, embora possa igualmente agir como um regulador de comportamentos. De fato, fatores tais como o pertencimento a determinado grupo ocupacional têm-se mostrado mais relevantes para o consumo de fumo e bebida do que a participação em grupos de iguais (Daykin, 1993, p. 96). Nos discursos de promoção da saúde, o uso de álcool e fumo tende, então, a ser dissociado tanto de seu contexto quanto de seus sentidos sociais. O problema é visto como sendo mais do indivíduo do que do produto que ele consome.

A maior parte da literatura de promoção da saúde tende a enfatizar os efeitos negativos do álcool, concentrando-se no seu uso excessivo, sem reconhecer as pesquisas que indicam que seu uso moderado parece ser benéfico para a saúde, protegendo, por exemplo, contra doenças cardíacas (McCormick, 1994, p. 390). De forma similar, existem várias pesquisas epidemiológicas que têm sugerido que a nicotina dos cigarros pode proteger contra doenças tais como Parkinson, Alzheimer, colites ulcerativas, artrites reumatóides e alguns tipos de câncer. Tais estudos tendem a não ser divulgados na literatura médica e de saúde pública, e os recursos financeiros para levar adiante seus achados geralmente não são provenientes de instituições financiadoras nacionais, em função da estigmatização em torno do cigarro e da obsessão contemporânea com os seus efeitos sobre a saúde (Mundell, 1993).

O declínio do consumo do cigarro em alguns grupos sociais (especialmente entre mulheres e homens mais velhos de classe média) nos países ocidentais tem levado alguns promotores de saúde a acreditar que suas estratégias direcionadas para o controle do tabaco foram bem sucedidas. Assim como o aumento do consumo do cigarro que se seguiu à Segunda Guerra Mundial esteve intimamente ligado à cultura popular (não somente à propaganda, mas

também às representações cinematográficas e televisivas e às novelas populares), o declínio do fumo (ao menos entre a classe média) não pode ser explicado simplesmente a partir dos esforços de promoção da saúde, mas também por movimentos concorrenciais dentro da cultura popular e da vida cotidiana. A natureza simbólica do álcool e do tabaco como *commodities* e instrumentos de prazer e desejo é essencial para que se compreenda por que as pessoas desistem de fumar ou de beber excessivamente, ou continuam a participar destas atividades. As emoções – prazeres, medos, ansiedades e desejos – em torno do uso de *commodities* tais como álcool e cigarros, em razão dos discursos de promoção da saúde que alertam contra estes, têm sido pouco exploradas nas pesquisas sobre saúde pública. Do mesmo modo, também, o uso de tais *commodities* na construção da subjetividade é raramente levada em conta.

As *commodities* têm propriedades que as associam a certas maneiras de viver, a certas personalidades, a certas classes sociais (Bourdieu, 1984). Os rituais são usados para transferir sentidos dos bens para os indivíduos por meio de troca, posse, rituais de enfeitar-se e despir-se; cada um representando um estágio diferente de um processo muito mais amplo e geral no qual os sentidos são transferidos dos bens de consumo para o consumidor individual. (Douglas e Isherwood, 1978; McCracken, 1998, p. 84). Assim como as *commodities* têm seus valores de uso óbvios, elas possuem também qualidades de um valor mais simbólico, ao expressar o gosto e o estilo próprio daquele/a que as possui. Os bens, então, agem como um sistema de mensagens, indicando para nós mesmos e para os outros o tipo de imagem em que gostaríamos de nos encaixar. Como indiquei no capítulo 4, a propaganda é uma parte importante do processo de adição de sentidos aos produtos de consumo.

Uma revisão das pesquisas antropológicas e sociológicas revela dimensões importantes dos prazeres e necessidades satisfeitas pelo uso do álcool e do cigarro. Ao contrário dos promotores da saúde, os antropólogos não vêem necessariamente o uso do álcool como um problema. E mais, na perspectiva antropológica, o uso do álcool tem sido visto como parte de celebrações, como um ato social desempenhado em um contexto socialmente reconhecido, e como problema somente para uma minoria de pessoas (Douglas, 1987, p. 3-4). Pesquisas interpretativas de cunho sociológico e antropológico revelaram que as bebidas alcoólicas funcionam como demarcação simbólica das passagens do tempo de trabalho para o de lazer; servem como marcadores de identidades pessoais e de fronteiras de inclusão e exclusão; como meios para tornar o mundo inteligível e suportável, e tendo também uma economia política de produção e distribuição que afeta seu uso e significado (Douglas, 1987; Mars, 1987; Thornton, 1987).

Moore (1992), por exemplo, argumentou que os escritos acadêmicos sobre o 'problema' do álcool entre aborígenes tendem, freqüentemente, a não levar em consideração os sentidos sócio-culturais e políticos do beber para tal grupo. Boa parte da literatura psicológica e psiquiátrica sobre o alcoolismo aborígene

tende a representar os aborígenes como vítimas da ‘desintegração cultural’ e ‘desajustamento’, tomando como referência uma noção idealizada de um nobre passado das sociedades aborígenes. Moore afirma que, ao invés de entender a bebida como um produto patológico da anomia, ela deve ser analisada como uma atividade carregada de sentidos sociais. Beber para os aborígenes pode ser entendido como um ato de rebeldia contra a crescente interferência branca e sua decrescente autonomia, uma marca de produtividade pessoal, *status* social e independência, e também como uma forma de reciprocidade e de engajamento na vida da comunidade. Então, ao invés de não existirem regras em torno da bebida nos grupos aborígenes, existe uma rede delas que modelam o consumo do álcool entre os aborígenes dentro de contextos sociais específicos. Beber para os aborígenes não é simplesmente patológico ou destrutivo, mas tem também aspectos benéficos, assim como para outros grupos. De fato, o ato aborígene de beber pode ser visto como um ‘ato essencialmente político’ (Moore, 1992, p. 187); um conceito que desafia as tentativas individuais de prevenção. Ironicamente, as tentativas das autoridades não-aborígenes de modificar os hábitos de beber são, então, interpretados como ainda mais intervencionistas e impositivas. Imposições estas que são contestadas com a continuação do consumo de álcool.

Gusfield (1987 p. 79), em uma discussão sobre o álcool como marcador de tempo, observa que ‘o álcool aparece na sociedade americana profundamente associado à mudança de estado de espírito. Esta é uma mudança que contrasta com o sério cotidiano do mundo do trabalho’. O álcool age como uma proteção para momentos embaraçosos, lapsos de responsabilidade, gafes e atos inadequados. Significa festividade e alegria e age no sentido de dissolver hierarquias sociais, permitindo a expressão de subjetividades alternativas. É um ritual de celebração do final de um dia ou semana de trabalho, e envolve relações de economia moral em termos de pagamentos de rodadas (1987, p. 79-81). Dorn (1983) realizou um detalhado estudo sobre comportamentos relacionados com a bebida entre jovens da Inglaterra, focalizando as sub-culturas. Descobriu que o modo como ocorriam as práticas de beber na ‘cultura dos *pubs*’, incluindo o pagamento de rodadas, era uma parte importante da cultura masculina e juvenil da classe trabalhadora. Pagar rodadas demonstra, simbolicamente, a independência econômica e a igualdade dos indivíduos, e os habilita para a troca pública e recíproca, servindo como contribuição para a coesão do grupo. Em tal subcultura, as atividades de promoção da saúde caracterizadas por alertas amedrontadores e direcionadas para comportamentos ‘racionais’ têm pouco efeito, simplesmente porque as práticas sociais da cultura *pub* são importantes para estabelecer o sentido de identidade pessoal e grupal de tais jovens e servem para isolar estes indivíduos, subprivilegiados, das imposições culturais externas, das quais as atividades de promoção de saúde fazem parte.

De forma similar, o estudo de Willis (1990, p. 100-1) sobre homens e mulheres jovens mostrou que beber em *pubs* era uma atividade central de lazer, especial-

mente para os jovens brancos. Eles iam ao *pub* para escapar do tédio, das restrições da família, para estar com outros em um ambiente social e de convivência voltado para o lazer e para a informalidade. Willis comenta que o consumo de álcool serve para relaxar o *sujeito*, para fazê-lo distanciar-se do mundo real em um ambiente pacífico e caloroso. Para muitos homens jovens, entrar no *pub* representa uma promessa de aventuras, uma suspensão do cotidiano e do mundano. As rodadas e bebedeiras tornam-se atividades de competição, um modo de reforçar a solidariedade e exibir ‘masculinidade’. A bebedeira, e o estar no *pub* por si só, oferecem uma oportunidade de incerteza e uma prazerosa sensação de perigo, uma atmosfera em que qualquer coisa pode acontecer: ‘os efeitos fisiológicos do álcool são interpretados como falta de controle – uma libertação existencial do *eu* através de uma incerteza que parece ser “nova” ou “diferente” a todo o momento. Abre o caminho para a aventura’ (Willis, 1990, p. 102). Para as jovens, os significados do consumo de álcool são um pouco diferentes. Beber não significa competição; um excesso de bebida tem conotações negativas com o perigo de potenciais ataques e o risco de aparentar ser sexualmente muito disponível. Álcool significa incerteza também para as mulheres, mas esta incerteza é temida mais do que bem-vinda (1990, p. 102).

As pesquisas rotineiramente apresentam resultados nos quais as pessoas estão altamente conscientes quanto às mensagens de promoção da saúde e quanto às notícias da mídia sobre os efeitos que tais comportamentos como o consumo excessivo de álcool e tabaco têm sobre a saúde. Por exemplo, homens escoceses de meia-idade, entrevistados quanto a seu hábito de fumar, expressaram sentimentos de embaraço, de vergonha, de serem párias sociais, de demonstrarem falta de auto-disciplina. Como um homem comentou: ‘hoje em dia fumar é um sinal de fraqueza, de má saúde’ (Mullen, 1987: 240; ver também Crawford, 1984, p. 69). Entretanto, eles argumentaram também que o fumo lhes dava muito prazer, dava-lhes ‘alguma coisa para fazer com as mãos’, livrando-os do tédio, ajudando-os a relaxar. O fumo é uma maneira de lidar com emoções negativas, mas também um incitamento de tais emoções em um contexto de crescente condenação do fumo e do fumante. Fumar é um modo de lidar com um ambiente de trabalho estressante, ou com o desemprego; uma maneira de dar a si mesmo uma recompensa: ‘É como dar um tapinha nas minhas próprias costas’ (Mullen, 1992, p. 83).

Para muitas mulheres pobres ou da classe trabalhadora, parece que a combinação de privações materiais e o fato de atuarem nos cuidados primários de crianças pequenas encoraja a necessidade de fumar. Em três diferentes estudos com mulheres britânicas de classes desprivilegiadas, que cuidavam de crianças com pouco apoio social (Graham, 1987; Oakley, 1989; Calnan and Williams, 1991), elas falaram do prazer que sentiam em poder sentar-se com um cigarro e algumas vezes com uma xícara de café ou chá, de ‘dar-se um tempo’ para fugir do rigor de seu dia; uma mulher, por exemplo, comentou: ‘Se eu estivesse economizando, poderia cortar os cigarros, mas eu não quero abrir mão deles. Eu poderia parar de

comer. Isto soa de modo terrível, não é? Comida para mim não é tão importante, mas ter um cigarro é a única coisa que eu faço por mim mesma' (Graham, 1987, p. 55). Em situações em que as mulheres tiveram que lidar com crianças mal-comportadas ou com conflitos conjugais, sentar-se e fumar um cigarro foi uma estratégia para enfrentar os sentimentos de raiva dirigidos aos seus filhos ou aos parceiros. Daykin (1993) conduziu um estudo entre jovens mulheres fumantes que moravam na Inglaterra, e descobriu que estas usavam o cigarro de forma similar. Suas entrevistas mostraram que as jovens experimentavam disputas em torno do grau de autonomia que lhes era concedido dentro da família. Muitas daquelas que não tinham conseguido um emprego depois de deixar a escola tinham aumentado o consumo de cigarros, assim como aquelas que relataram um maior grau de tensão doméstica, sugerindo que o fumo tinha um papel de aliviar os sentimentos de tédio, insegurança, falta de autonomia e conflito. O fumo lhes conferia um *status* simbólico de adulto e as ajudava a administrar sua tensão e suprimir sua ansiedade e raiva.

A ode ao cigarro, de Klein, intitulada *Os cigarros são sublimes* (1993), é um dos poucos exames teóricos sobre os modos pelos quais o cigarro age como fetiche, escora, objeto e condutor de beleza e de expressão e extensão do *eu* profundo. Para Klein, os cigarros são 'sublimes' porque combinam satisfação estética com insinuações de mortalidade. Os cigarros 'são um prazer negativo; eles expõem à morte ao mesmo tempo que satisfazem o desejo' (1993 p. 2). Fumar torna-se uma expressão do próprio estado emocional, e também uma forma de liberar sentimentos negativos, que se difundem do corpo através do cigarro para o ar, via fumo. Fumar combina um impulso fisiológico, uma aceleração do pulso, com uma necessidade psicológica, mas nenhuma pode ser separada da outra porque estão simbioticamente interligadas. Klein discute vividamente o prazer sensual, um tanto erótico, delineado na fumaça, liberado em uma nuvem que flutua em torno da própria cabeça a que se assiste dissipar:

Dê uma longa tragada no cigarro; encha-se de sua fumaça maligna; deixe-a penetrar nas mais íntimas circunvoluções dos seus pulmões; daí expire-a, lentamente, passando pelo nariz e lábios numa espiral crescente até rodear sua cabeça. Tout est là. A fumaça penetra agudamente e então se difunde, suavemente o envolve com a sensação de estender os limites do seu corpo, não mais estabelecidos pelas margens de sua pele. O vapor do tabaco é pulverizado na atmosfera que forma uma auréola em torno de sua configuração externa, após ter se condensado nas cavidades que abrigam seu interior mais íntimo. Unindo o exterior ao interior, cada tragada é como uma imersão total: batiza o celebrante com o lampejo de uma sensação renovada, uma imagem instantânea do corpo flutuante do Moí unificado. Um momento inalador de concentração, centralizando o eu para torná-lo mais denso, de forma opaca mais presente para si mesmo, é seguido por um momento de evaporação, enquanto o eu exala a si próprio, com êxtase num entalhe de fumaça – ao ficar cada vez mais tênue, se torna progressivamente menos diferenciado do mundo exterior (1993, p. 105).

Os cigarros operam no sentido de vencer a ansiedade, destruindo o estado de tensão interna através do ato de fumar. Os efeitos fisiológicos da nicotina precipitam e imitam a intensidade dos sentimentos de ansiedade, mas ligam estas respostas e sentimentos ao cigarro mais do que ao estado de ansiedade interna, auxiliando no seu domínio. Quando o cigarro foi fumado, consumido e então apagado, também algo da ansiedade foi dissipado, liberado e extinguido. A elevação e a súbita queda da pressão sanguínea que acompanha o ato de fumar dá um preciso e limitado fim ao estado de ansiedade, permitindo o relaxamento propício para dominá-lo. O desconforto é primeiro elevado e depois aliviado. No nível mais inconsciente, fumar se torna um caminho definitivo para a morte, uma morte de nossa própria escolha, sobre a qual temos controle, representando uma espécie de liberdade sobre a morte (Klein, 1993, p. 142-3).

Os cigarros, então, fornecem aos fumantes alguns dos poucos momentos da “beleza negra” e da expressão de desafios que lhes estão disponíveis: ‘Em uma época em que a guerra parece ter sido banida do Ocidente, os cigarros constituem uma das últimas aventuras possíveis’ (Klein, 1993, p. 141). Parece haver bem poucas estratégias alternativas para as pessoas submetidas a desvantagens sociais e materiais. Enquanto a classe média pode encontrar consolo e o reforço de sua auto-imagem na ginástica, ou se engajando em atividades de lazer, saindo para jantar ou para ir ao cinema, a falta de oportunidades confina os desfavorecidos em atividades como fumar. Álcool e fumo são, pois, meios para manter o equilíbrio emocional em face de grandes pressões sociais. Não é o cigarro em si que é necessariamente importante para o fumante, mesmo que a dependência física possa estar envolvida, mas o que ele simboliza. O cigarro é um objeto com o qual os indivíduos que vivem altamente estressados podem tentar exercer controle emocional. Fumar é prazeroso e relaxante não somente porque o tabaco é uma droga, mas porque este representa, mesmo que brevemente, um tempo para se sentar, para concentrar-se nos próprios pensamentos, refletir, perdoar a si mesmo, engajar-se no hedonismo e experimentar a emoção do perigo. O uso de cigarros ou do álcool possibilita ao *eu* escapar dos constrangimentos da civilidade e do gerenciamento do corpo, no sentido da liberação, do prazer físico, da auto-indulgência.

Quando as pessoas vivem em um mundo em que todas as coisas parecem sempre estar fora de controle, quando a raiva e a frustração parecem quase esmagadoras, o ato de fumar é uma forma de se recompor, um meio de relaxar; mas paradoxalmente, através do relaxamento, é também um meio de controle. Como marcadores simbólicos de relaxamento, tanto o álcool como o cigarro preparam o corpo para o divertimento, para a evocação do prazer, mesmo antes que seus efeitos biofisiológicos ocorram. Pode-se, então, afirmar que os cigarros e o álcool evocam emoções pelo que *são* e não meramente pelo que *fazem* (sem esquecer que há uma articulação inextrincável entre os dois). A necessidade, ou o desejo por um cigarro ou por uma bebida alcoólica pode, pois, ser vista

como uma emoção – e, tal como outras emoções, como um complexo emaranhado de fenômenos físicos e sócio-culturais.

Para Klein, os prazeres e consolos do cigarro constituem uma redefinição de saúde, um desafio aos sentidos dominantes representados no discurso de promoção da saúde. Ele argumenta que os fumantes vivem através de seus cigarros, fazendo do uso sistemático de cigarros um recurso para atingir fins que por eles são considerados importantes. Sem cigarros, Klein afirma, os fumantes não poderiam ter vida, uma vez que a vida perderia os sentidos e assim como o sentido do *eu* que foram construídos com a ajuda do cigarro: ‘A noção de que ao deixar de fumar nós teremos saúde é a ilusão que alimenta o impulso para parar de fumar que o fumo mesmo cria... finalmente, a saúde é a confirmação de que não há saúde, apenas doenças e parasitas. Mas isto é a vida’ (1993, p. 103). Ironicamente, o discurso da promoção da saúde em torno da proibição do álcool ou do cigarro pode então servir para minar estes sentidos, promovendo tais ações mais do que as desencorajando. Saber que os cigarros são maus para a saúde, portanto, pode ser uma pré-condição para adquirir e manter o hábito; porque ‘se os cigarros fossem bons para você, não seriam sublimes’ (Klein, 1993, p. 1-2). Klein aponta para a contradição da repressão que [funciona] como incitamento; quanto mais um comportamento é discutido, publicamente proibido, denunciado como nocivo, pecaminoso ou prejudicial à saúde, tanto mais prazeroso se torna. A censura, então, instiga seu uso. (1993 p. 182). Estes *insights* relembram o ciclo controle/liberação mencionado anteriormente neste capítulo, a dialética entre repressão e desejo, entre racionalidade e irracionalidade, entre o consumo de *commodities* e o asceticismo dos regimes de manutenção da saúde. Os imperativos da promoção da saúde podem, pois, ser conceituados como uma parte integrante dos ‘prazeres negros’, dos comportamentos que eles proíbem e que servem para intensificar seu prazer ao transformá-los em pecado.

Comentários finais

Os *insights* que este capítulo descreve sobre os usos sociais, os prazeres, os medos e os desejos – tanto conscientes quanto inconscientes – de atividades associadas ao ‘estilo de vida’ tais como o esporte e o exercício, o fumo e o consumo de álcool, constroem uma perspectiva alternativa de saúde diversa daquela que está presente nos discursos da promoção da saúde. Eles reconhecem que as práticas de manutenção da saúde não se encontram isoladas e acima de outras práticas da vida cotidiana, mas incorporadas indelevelmente ao universo do indivíduo, frequentemente de modos a esconder quaisquer associações evidentes com ‘saúde’ em favor de outros sentidos e prazeres experimentados como mais importantes. Tais *insights* também nos auxiliam na tarefa de elucidar os nexos entre governamentalidade e a construção da subjetividade e

das práticas corporais, no contexto contemporâneo da saúde pública e da promoção da saúde.

A saúde pública e a promoção da saúde têm proporcionado um conjunto de repertórios interpretativos essencial para que os indivíduos neles se apoiem em seu incessante trabalho de construção da subjetividade. Os discursos dominantes da saúde pública e da promoção da saúde, com suas associações a outras instituições sociais e com direitos estabelecidos, podem produzir ansiedade, preocupação com o próprio corpo ou com as suas relações e até mesmo uma aversão por si mesmo. Entretanto, nos ajudam na tarefa de conhecermos a nós mesmos e aos nossos mundos e servem para produzir formas de subjetividade que permitem a alguns indivíduos sentirem-se no controle de suas vidas e de seus corpos, pelo menos em algumas ocasiões. A maioria das pessoas está bastante consciente das ortodoxias da promoção em saúde no que se refere às modificações no estilo de vida. No contexto de uma constelação de discursos e táticas tanto de oposição como de apoio de outros empreendimentos governamentais, as exigências relativas à saúde são assumidas mas também frequentemente contestadas, ignoradas, negociadas. Muitos indivíduos adotam ou pelo menos procuram assumir as exigências relativas à promoção da saúde por causa de seu estado de saúde; ainda que outros firmemente resistam à adoção dos conselhos estratégicos de preservação da saúde e muitos desistam de suas tentativas muito rapidamente. Algumas pessoas, por vezes, sentem prazer e uma sensação de certeza na adoção das práticas e crenças de promoção da saúde em seu cotidiano, enquanto outras acham tais exigências simplesmente muito limitantes, ou se comprazem em desobedecer a tais regras. A resistência às exigências da saúde pública, bem como sua negociação podem ser oriundas de uma vontade consciente, do reconhecimento de que não se ajustam ao *eu* ou porque elas ferem noções muito arraigadas de autonomia. Podem também se originar no nível emocional ou no inconsciente, lugares onde o desejo, o medo e o prazer são reprimidos, emergem e estão em constante tensão com imperativos governamentais externos, ou num nível não-consciente, onde as práticas corporais são adotadas e reproduzidas como parte dos hábitos cotidianos.

Não se pode, portanto, demonstrar que os discursos da saúde pública e da promoção da saúde sejam uniformemente coercitivos, repressivos ou limitadores, uma vez que eles modelam os processos de corporificação e as posições de sujeito assumidas pelos indivíduos. Entretanto, essas práticas corporais e essas fontes de subjetividade não estão disponíveis para todos os indivíduos de forma igualitária. Frequentemente elas servem para perpetuar relações de desigualdade social, organizadas comumente a partir de distinções de gênero, de categorias de preferência sexual, de etnicidade e de classe social. O lugar onde os imperativos da saúde funcionam de forma mais constritora é em seu âmago, na sua associação com o cuidado narcisista do *eu*, do controle e do gerenciamento do corpo. A promoção desta obsessão por si mesma serve para obscurecer as

diferenças sociais, para acobertar os traços de desigualdade e, com frequência, para reprimi-la. Embora a ‘resistência’ aos discursos da promoção da saúde possa ocorrer no nível individual, ao desprezar os imperativos da saúde e gozar dos prazeres de *commodities* tais como o cigarro e o álcool – neste micronível de inconformidade – as relações – no macronível – entre o estado, a cultura das *commodities* e a saúde pública tendem a ser obscurecidas. A natureza contingente e política dos saberes e das ‘verdades’ da saúde pública são pouco desafiadas no micronível de resistência. Quer os indivíduos se orgulhem de seus cuidados com o corpo, com seu condicionamento físico e com a sua ‘saúde’, quer se sintam culpados por não terem o controle de seus corpos, quer sejam auto-indulgentes com seu corpo grotesco, suas preocupações, prazeres e ansiedades ficam limitados ao *eu*. Assim, não apenas as construções do sujeito ideal nos discursos da saúde pública e da promoção da saúde precisam ser problematizadas por suas limitações, por seus julgamentos morais e pela sua tendência de apoiar e reproduzir as desigualdades sociais. É preciso também pôr em questão o foco muitas vezes míope da filosofia dos cuidados de *si* ao qual tais construções se ajustam.

Notas

1. O presente texto constitui o capítulo 5 da obra: *The imperative of health*, de Deborah Lupton. Londres: Sage, 1995.
2. Nota da revisora: Embora a autora não tenha destacado a palavra *rationales* no texto original, entendemos ser importante ressaltar que ela é usada aqui no sentido de “racionalizações”.
3. Nota da tradutora: Literalmente “batatas de sofá”; uma boa correspondência seria a antiga expressão criada pelo humorista Renato Aragão, “oh do sofá”, ou seja, pessoas que gastam o seu tempo de lazer olhando TV e comendo ansiosa e compulsivamente.
4. Nota da revisora: No texto a expressão *work out* tem um duplo sentido que se perde na tradução. *Work out* serve tanto para *exauri-lo* quanto para *pô-lo em forma*.
5. Nota da revisora: A virada aqui referida é a do século XIX para o século XX, como aliás é referido em outras passagens deste texto.

Referências Bibliográficas

- ARMSTRONG, D. (1993). Public Health spaces and the fabrication of identity. *Sociology*, 27(3), p. 393-410.
- BACKETT, K. (1992). Taboos and excesses: lay health moralities in middle class families. *Sociology of Health and Illness*, 14(2), p. 255-73.
- BORDO, S. (1990). Reading the slender body. In: JACOBUS, M., KELLER, E.F. and SHUTTLEWORTH, S. (eds). *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*. New York: Routledge, pp. 83-112.

- BOURDIEU, P. (1984). *Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge and Kegan Paul.
- _____. (1990). *In Other Words: Essays Towards a Reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- _____. (1993). How can one be a sports fan? In Doring, S. (ed.). *The Cultural Studies Reader*. London: Routledge, pp. 339-57.
- BURCHELL, G. (1991). Peculiar interests: civil society and governing 'the system of natural liberty'. In: BURCHELL, G., GORDON, C. and MILLER, P. (eds). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hempel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, pp. 119-50.
- CALNAN, M. and WILLIAMS, S. (1991). Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 516-29.
- COREIL, J., LEVIN, J.S. and JACO, E.G. (1985). Lifestyle – an emergent concept in the sociomedical sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9, 423-37.
- COTTON, P. (1993). Foucault and psychoanalysis. *Arena*, 1, 63-105.
- CRAWFORD, R. (1984). A cultural account of 'health': control, release, and the social body. In: McKinlay, J.B. (ed.). *Issues in the Political Economy of Health Care*. New York: Tavistock, pp. 60-103.
- DAVISON, C., Frankel, S. and Davey Smith, G. (1992). The limits of lifestyle: re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention. *Social Science and Medicine*, 34(6), 675-85.
- DAYKIN, N. (1993). Young women and smoking: towards a sociological account. *Health Promotion International*, 8(2), 95-102.
- DONALD, J. (1991). On the threshold: psychoanalysis and cultural studies. In: DONALD, J. (ed.). *Psychoanalysis and Cultural Theory: Thresholds*. Houndsmills: Macmillan, pp. 1-10.
- _____. (1992). *Sentimental Education: Schooling, Popular Culture and the Regulation of Liberty*. London: Verso.
- _____. (1993). The natural man and the virtuous woman: reproducing citizens. In: Jenks, C. (ed.). *Cultural Reproduction*. London: Routledge, pp. 36-54.
- DORN, N. (1983). *Alcohol, Youth and the State: Drinking Practices, Controls and Health Education*. London: Croom Helm.
- DOUGLAS, M. (1987). A distinct anthropological perspective. In: Douglas, M. (ed.). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 3-15.
- _____. and Isherwood, B. (1978). *The World of Goods*. Harmondsworth: Penguin.
- FEATHERSTONE, M. (1991a). The body in consumer culture. In: FEATHERSTONE, M., HEPWORTH, M. and TURNER, B.S. (eds). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage, pp. 170-96.
- FEATHERSTONE, M. (1991b). *Consumer Culture and Postmodernism*. London: Sage.

- FEATHERSTONE, M. and HEPWORTH, M. (1991). The mask of ageing and the postmodern life course. In: FEATHERSTONE, M., HEPWORTH, M. and TURNER, B.S. (eds). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage, pp. 371-89.
- FOUCAULT, M. (1980). Body/Power. In: GORDON, C. (ed.). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Pantheon Books, pp. 55-62.
- _____. (1984). Nietzsche, genealogy, history. In: RABINOW, P. (ed.). *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books, pp. 76-100.
- FOX, N.J. (1993). *Postmodernism, Sociology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- GAME, A. (1991). *Undoing the Social: Towards a Deconstructive Sociology*. Buckingham: Open University Press.
- GLASSNER, B. (1989). Fitness and the postmodern self. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, 180-91.
- GORDON, C. (1991). Government rationality: an introduction. In: BURCHELL, G., Gordon, C. and MILLER, P. (eds). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, pp. 1-52.
- GRAHAM, H. (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25(1), 47-56.
- GROSZ, E. (1994). *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Sydney: Allen and Unwin.
- GUSFIELD, J. (1987). Passage to play: rituals of drinking time in American society. In: DOUGLAS, M. (ed.). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 73-90.
- HARGREAVES, J. (1986). *Sport, Power and Culture: A Social and Historical Analysis of Popular Sports in Britain*. Cambridge: Polity Press.
- _____. (1987). The body, sport and power relations. In: HORNE, J., JARY, D. and TOMLINSON, A. (eds). *Sport, Leisure and Social Relations*. London: Routledge and Kegan Paul, pp. 139-59.
- HEALEY, J.F. (1991). An exploration of the relationships between memory and sport. *Sociology of Sport Journal*, 8, 213-27.
- HENRIQUES, J., HOLLWAY, W., URWIN, C., VENN, C. and WALKERDINE, V. (1984). Theorizing subjectivity. In: HENRIQUES, J., HOLLWAY, W., URWIN, C., Venn, C. and WALKERDINE, V. (eds). *Changing the Subject: Psychology, Social Regulation and Subjectivity*. London: Methuen, pp. 203-26.
- HERZLICH, C. and PIERRET, J. (1987). *Illness and Self in Society*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- HUNTER, I. (1993). Subjectivity and government. *Economy and Society*, 22(1), 123-34.
- JOHNSON, J. L. (1991). Learning to live again: the process of adjustment following a heart attack. In: MORSE, J.M. and JOHNSON, J.L. (eds). *The Illness Experience: Dimensions of Suffering*. Newbury Park, CA: Sage, pp. 13-88.
- KIRK, D. and COLQUHOUN, D. (1989). Healthism and physical education. *British Journal of Sociology of Education*, 10(4), 417-34.
- KLEIN, R. (1993). *Cigarettes are Sublime*. Durham, NC: Duke University Press.

- LASH, S. (1991). Genealogy and the body: Foucault/Deleuze/Nietzsche. In: FEATHERSTONE, M., HEPWORTH, M. and TURNER, B.S. (eds). *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage, pp. 256-80.
- LEWIS, P.A., CHARNY, M., LAMBERT, D. and COOMBES, J. (1989). A fatalistic attitude to health amongst smokers in cardiff. *Health Education Research: Theory and Practice*, 4(3), 361-5.
- LUPTON, D. (1994). 'Everything in moderation': responses to news media coverage of the cholesterol controversy. Presented at the British Sociology Association Medical Sociology Group 26th Annual Conference. York, England, September.
- MCCORMICK, J. (1994). Health promotion: the ethical dimension. *Lancet*, 344, 390-1.
- MCCRACKEN, G. (1988). *Culture and Consumption: News Approaches to the Symbolic Character of Consumer Goods and Activities*. Bloomington, In: Indiana University Press.
- MACINNESS, A. and MILBURN, K. (1994). Belief systems and social circumstances influencing the health choices of people in Lochaber. *Health Education Journal*, 53, 58-72.
- MCNAY, L. (1992). *Foucault and Feminism: Power, Gender and the Self*. Cambridge: Polity Press.
- MAHONEY, M.A. and YNGVESSON, B. (1992). The construction of subjectivity and the paradox of resistance: reintegrating feminist anthropology and psychology. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 18(1), 44-73.
- MANSFIELD, A. and MCGINN, B. (1993). Pumping irony: the muscular and the feminine. In: Scott, S. and Morgan, D. (eds). *Body Matters: Essays on the Sociology of the Body*. London: Falmer, pp. 49-68.
- MARS, G. (1987). Longshore drinking, economic security and union politics in Newfoundland. In: DOUGLAS, M. (ed.). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 91-101.
- MAY, C. (1993). Resistance to peer group pressure: an inadequate basis for alcohol education. *Health Education Research: Theory and Practice*, 8(2), 159-65.
- MELLENCAMP, P. (1992). *High Anxiety: Catastrophe, Scandal, Age and Comedy*. Bloomington, In: Indiana University Press.
- MENNELL, S. (1992). *Norbet Elias: An Introduction*. Oxford: Basil Blackwell.
- MOORE, D. (1992). Beyond the bottle: introducing anthropological debate to research into Aboriginal alcohol use. *Australian Journal of Social Issues*, 27(3), 173-93.
- MORGAN, D. (1993). You too can have a body like mine: reflections on the male body and masculinities. In Scott, S. and Morgan, D. (eds). *Body Matters: Essays on the Sociology of the Body*. London: Falmer, pp. 69-88.
- MROZEK, D.J. (1989). Sport in American life: from national health to personal fulfilment, 1890-1940. In Grover, K. (ed.). *Fitness in American Culture: Images of Health, Sport, and the Body, 1830-1940*. Amherst and New York: University of Massachusetts Press and the Margaret Woodbury Strong Museum, pp. 18-46.
- MULLEN, K. (1987). The beliefs and attitudes of a group of men in mid-life towards tobacco use. *Drug and Alcohol Dependence*, 20 (3), 235-46.

- _____. (1992). A question of balance: health behaviour and work context among male Glaswegians. *Sociology of Health and Illness*, 14 (1), 73-97.
- MUNDELL, I. (1993). Peering through the smoke screen. *New Scientist*, 9 October, 14-15.
- OAKLEY, A. (1989). Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis. *Sociology of Health and Illness*, 11(4), 311-35.
- PILL, R. and Stott, N.C.H. (1982). Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers. *Social Science and Medicine*, 16, 43-52.
- REDICAN, B. and HADLEY, D.S. (1988). A field studies project in a city health and leisure club. *Sociology of Sport Journal*, 5, 50-62.
- ROSE, N. and Miller, P. (1992). Political power beyond the State: problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
- SALTONSTALL, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*, 36(1), 7-14.
- SHILLING, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- THORNTON, M.A. (1987). Sekt versus schnapps in an Austrian village. In: DOUGLAS, M. (ed.). *Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 102-112.
- TINNING, R. (1990). *Ideology and Physical Education: Opening Pandora's Box*. Geelong, Victoria: Deakin University Press.
- VEAL, A.J. (1993). The concept of lifestyle: a review. *Leisure Studies*, 12(4), 233-52.
- WATSON, J.M. (1993). Male body image and health beliefs: a qualitative study and implications for health promotion practice. *Health Education Journal*, 52(4), 246-52.
- WEARING, B. and WEARING, S. (1992). Identity and the commodification of leisure. *Leisure Studies*, 11(1), 3-18.
- WERNICK, A. (1991). *Promotional Culture: Advertising, Ideology and Symbolic Expression*. London: Sage.
- WILLIS, P. (1990). *Common Culture: Symbolic Work at Play in the Everyday Cultures of the Young*. Milton Keynes: Open University Press.
- _____. (1991). *A Primer for Daily Life*. London: Routledge.

Tradução de Dagmar Estermann Meyer e Luis Henrique Sachi dos Santos
 Revisão da tradução: Maria Isabel Edelweiss Bujes

Deborah Lupton é professora de Sociology e Cultural Studies na School of Social Science and Liberal Studies, Charles Stuart, na Austrália.