

As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea

Paulo Vaz

Professor-Adjunto da UFRJ e pesquisador do CNPq. Mestre em filosofia pela PUC-Rio e doutor em Comunicação pela ECO-UFRJ, com pós-doutorado pela Universidade de Illinois – Chicago.

Resumo

A partir dos resultados de uma pesquisa publicada no *The Journal of the American Medical Association* (JAMA), o artigo faz uma leitura crítica das coberturas jornalísticas da revista *Veja* e do jornal *The New York Times* acerca dos cuidados com a saúde. O autor aponta como a mídia pode contestar o resultado científico e construir seu próprio discurso com base em outras fontes.

Palavras-chave: mídia impressa, corpo, saúde.

Abstract

*From the results of a research released in the The Journal of the American Medical Association (JAMA), the article drives a critical look to the journalistic covertures of the magazine *Veja* and the newspaper *The New York Times* about health care. The author points out how the media can contest scientific results and construct its own discourse.*

Keywords: *press, body, health.*

Resumen

*A partir de los resultados de una pesquisa divulgada en el The Journal of the American Medical Association (JAMA), el artículo hace una lectura crítica de las coberturas periodísticas de la revista *Veja* y del periódico *The New York Times* sobre los cuidados con la salud. El autor apunta como los medios de comunicación pueden contestar el resultado científico y construir su propio discurso con base en otras fuentes.*

Palabras-clave: *medios de comunicación impresa, cuerpo, salud.*

O sacrifício deveria ser recompensado

No dia 8 de fevereiro de 2006, uma das mais respeitadas revistas médicas, *The Journal of the American Medical Association* (JAMA), publicou um estudo sobre a efetividade de dietas com baixo teor de gordura em reduzir os riscos de contrair cânceres e distúrbios cardiovasculares. Nenhuma pesquisa epidemiológica até então tinha despendido tantos recursos para testar a relação entre dieta e saúde. Eis seu desenho experimental: pesquisadores acompanharam durante oito anos 49.000 mulheres com idade entre 50 e 79 anos. Seguindo a metodologia padrão para estudos epidemiológicos, metade das mulheres reduziu em cerca de 10% o total de gorduras que consumiam, enquanto a outra manteve seus hábitos alimentares. Pelo tamanho da amostra, pelo tempo de acompanhamento e pelo cuidado com a orientação nutricional, o estudo prometia ser definitivo na consolidação dos nexos entre alimentação e risco de doenças. Contudo, seus resultados foram desalentadores: não houve diferença significativa na redução de riscos entre o grupo de mulheres que modificou a dieta e o grupo-controle.

Assim como outras pesquisas epidemiológicas de grande porte avaliando o nexo entre estilo de vida e doença, era provável que os resultados do estudo aparecessem na mídia. Mas o que se tornou notícia foi a quebra de expectativas e a subsequente discussão sobre a cientificidade da pesquisa. De fato, por estar em desacordo com a prática cotidiana de milhões de indivíduos, de potencialmente conclusivo, o estudo tornou-se objeto de intensas críticas. As páginas e telas dos meios de comunicação de diversos países foram ocupadas por médicos questionando a validade dos resultados.

As coberturas do jornal *New York Times* e da revista semanal *Veja* sobre a pesquisa se alinharam de acordo com as duas posições no debate: o jornal optou pela defesa do método científico, apesar de seu resultado decepcionante; já a revista preferiu desqualificar a pesquisa como modo de manter a crença de seus leitores no poder da dieta em reduzir sofrimentos futuros.

Na reportagem do dia 8 intitulada “Low-fat diet does not cut health risks, study finds”, o jornal, além de apresentar os resultados e as características do experimento, trazia os argumentos dos que queriam relativizar os resultados inesperados e desalentadores. Duas estratégias foram adotadas na relativização. Uma apontava limitações no desenho experimental: oito anos não seria tempo suficiente para que emergissem os efeitos positivos da dieta; a redução no total de gorduras consumida foi de apenas 10%; não foram consumidos vegetais e frutas na quantidade necessária para haver efeitos. A outra estratégia questionava a hipótese: a dieta proposta não diferenciava entre tipos de gordura e os especialistas do coração já teriam abandonado a hipótese “quantidade total de gordura”, defendendo a “dieta mediterrânea” e indicando que o perigo estava nas gorduras “trans” e “saturada”. Embora apresentasse os dois lados da polêmica, no final do artigo, a reportagem deixa clara sua adesão ao estudo; a repórter abre espaço para um estatístico comentar o sentido da pesquisa: “nós, da comunidade científica, freqüentemente recomendamos comportamentos baseados em evidências frágeis; daí precisarmos de experimentos”.

No dia 14 de fevereiro, uma segunda reportagem, intitulada “Maybe you’re not what you eat”, se propôs como tarefa compreender a intensidade das

críticas à pesquisa recém-publicada. Em certo sentido, estava em jogo a própria descrição da ciência, pois seus praticantes, idealmente, deveriam manter uma distância cética em relação às suas crenças como modo de acomodar as evidências empíricas que os experimentos trariam. Afinal, essa pesquisa, considerando o tamanho da amostra e o tempo de acompanhamento, tornava todos os estudos anteriores que evidenciaram alguma redução de risco pela adoção de dietas em anedotas ou, no máximo, em sugestões de experimentos. A explicação proposta pela repórter para a atitude pouco científica dos críticos da pesquisa é que não queremos abandonar a esperança de controlar nosso futuro através de escolhas sobre o que comemos.

Nas discussões epistemológicas entre cientistas, o usual é a crítica das ditas ciências “duras” (física, química, biologia e medicina) às ciências humanas, pela ausência de método. Diante da “irracionalidade” de médicos, o *New York Times*, ironicamente, convoca um cientista político para explicar o comportamento estranho dos médicos, que se recusam a aceitar os dados e se mantêm aferrados às suas crenças: a cultura americana teria uma herança protestante; como tal, ela continua a acreditar, sob uma forma secular, que o vício será castigado e o bom comportamento recompensado. Na seqüência, a repórter recua a origem temporal dessa crença numa relação entre cotidiano e futuro: teríamos uma necessidade primitiva de controlar nosso destino por escolher o que colocamos em nossas bocas. Esse desejo de origem arcaica não apenas sustentaria a resistência aos resultados; até cientistas que reconheceram a validade dos resultados suspendem sua descrença e continuam praticando uma dieta com baixo teor de gordura.

A revista *Veja*, por sua vez, transformou a polêmica sobre a pesquisa em reportagem de capa de sua edição do dia 15 de fevereiro, intitulada “A verdade sobre dieta e saúde”. O título pretensioso não quer dizer que os editores tenham ficado impressionados com a pesquisa e que conduziram seus leitores ao difícil trabalho de repensar crenças e práticas cotidianas. O subtítulo não deixa dúvidas que, para a revista, é simples determinar quem está com a verdade: “o que você come tem, sim, enorme influência no seu bem-estar e na força do corpo para evitar doenças – as falhas da megapesquisa americana que concluiu que ingerir gordura não faz mal ao coração nem causa câncer”.

A revista não chegou a essa decisão por ter descoberto novos argumentos. De fato, os médicos que aparecem na reportagem repetem argumentos já adiantados na matéria do *New York Times* sobre características do desenho experimental e da hipótese que explicariam o resultado surpreendente. As razões para a escolha parecem ser de outra ordem. Talvez a distância geográfica e social com os autores do estudo, pois não há nenhum cientista fazendo sua defesa; talvez a proximidade da revista com algumas fontes, tipicamente especialistas do coração. A explicação também pode incluir a legitimidade que a revista costuma reconhecer aos interesses de empresas; no caso, os da indústria farmacêutica, que, por razões óbvias, deseja aumentar sua demanda e, portanto, considera atraente o cuidado cotidiano com a saúde por parte dos não-doentes – como signo dessa posição, pode-se observar que a reportagem contém um box associando a dieta correta com o uso de medicamentos (denominados “ajuda extra”) para colesterol, hipertensão, osteoporose e diabetes. Ou talvez tudo isso e mais a pretensão

aparente em seus editoriais de guardião da moralidade numa era neoliberal: o que será do mundo se todos começarem a comer a quantidade de gordura que quiserem? Pior, como agirão se deixarem de crer que podem fazer alguma coisa para adiar a morte? De todo modo, a preocupação com a cientificidade não pareceu ser o único elemento a pesar na preferência.

Embora a revista *Veja* tenha ocupado o lugar de quem decide sobre o que é ou não ciência, não parece ter havido muito cuidado epistemológico. Para desacreditar a “megapesquisa”, por diversas vezes a reportagem comenta que ela está em desacordo com uma série de outros estudos. A revista, porém, não informa seu leitor que, no caso de fatores de risco, tamanho da amostra e tempo de acompanhamento é o que decide sobre o potencial de generalização de algum resultado. Para um enunciado probabilístico sobre o futuro, nenhum acontecimento singular pode servir como refutação; se um indivíduo adotou uma dieta adequada desde sua juventude e, mesmo assim, morreu de infarto aos 40 anos, o acontecimento não serve para refutar a hipótese da dieta, na medida em que se pode pensar que, na sua ausência, ele morreria ainda mais cedo. Inversamente, nenhum fumante de 80 anos de idade é razão para se duvidar do fumo como fator de risco.

Não é preciso muito conhecimento de teses epistemológicas para notar que o esforço de alguns médicos em recusar os resultados da pesquisa assemelha-se ao comportamento dos adeptos da astrologia, que recorrem a hipóteses *ad-hoc* como meio para continuar acreditando a despeito da evidência empírica. Se dois amantes descobrem que seus signos não combinam, isso não indicaria que as hipóteses da astrologia estão erradas; talvez o ascendente, ou a Lua, ou Vênus, ou algum outro planeta mostre que eles podem se amar. Do mesmo modo, a pesquisa não teria dado evidência de que uma dieta de baixa gordura não faz diferença, pois se as participantes tivessem reduzido mais o teor de gordura ou se só tivessem ingerido gordura não-saturada e se os pesquisadores as tivessem acompanhado por mais tempo, os efeitos benéficos apareceriam. Como diz a revista *Veja* ao seu leitor, “acredite: há alimentos que podem, sim, ajudá-lo a ter uma vida mais saudável”.

Um exercício contrafactual simples ressalta a singularidade do comportamento dos cientistas contrários à pesquisa. Imaginemos que seus resultados mostrassem que uma dieta de baixa-gordura reduz o risco de distúrbios cardiovasculares e de cânceres. Será que haveria tanto espaço para indivíduos apontarem limitações no estudo? E se houvesse alguma voz que discordasse desse nexos entre estilo de vida e redução de riscos, não seria desqualificada como irracional, sempre pronta a denunciar o que seria, de fato, limitações inevitáveis – por exemplo, reduzir em 20% o teor de gordura na dieta implicaria uma mudança impraticável nos hábitos alimentares para a maior parte dos indivíduos – de uma pesquisa conduzida com rigor?

Para quem estuda as relações entre mídia e medicina, não é tão relevante que a reportagem da revista tenha sido pouco acurada na sua discussão sobre método científico. O sintomático é, sim, que parte dos médicos e da mídia tenha optado por desconsiderar os dados e manter a crença. O esforço de questionar o resultado por denunciar o método é sintoma de que a relação entre comportamento cotidiano e redução de riscos é, hoje, mais do que uma

mera hipótese científica. Tampouco basta explicar a defesa desse nexos como resultante de algo externo à prática da ciência, como o fez a reportagem do dia 14 de fevereiro do *New York Times*, atribuindo a obstinação de médicos e leigos à herança protestante e a um desejo primitivo de controlar nosso destino. É preciso, sim, encontrar uma compreensão da ciência onde esse desejo e essa herança são parte integrante da atividade científica. Essa pertinência não desqualifica o saber médico, ao contrário; mas seu reconhecimento abre um conjunto novo de questões para além da mera discussão sobre se um dado resultado é ou não científico. Quais são as atitudes éticas hoje disponíveis diante do sofrimento e da morte? Será que no esforço de reduzir o sofrimento não podemos estar provocando mais sofrimentos? E o que se torna a vida se ela se reduz ao desejo de evitar a morte?

Grande parte dos estudos sobre a relação entre mídia e medicina investe na distância entre consenso dos peritos e consenso leigo. A crença na verdade orienta as interrogações. De um lado, é suposto que os leigos deveriam saber o que os cientistas sabem. As notícias deveriam descrever com acuidade o que se sabe da causalidade de doenças para evitar comportamentos arriscados e não suscitar ilusões; do mesmo modo, o espaço midiático dado às diferentes doenças deveria corresponder às suas taxas de mortalidade e morbidade – por exemplo, notícias sobre drogas deveriam frisar não as da moda, mas aquelas que são mais usadas e provocam muitos danos, como a cola de sapateiro. De outro lado, esses estudos também interrogam sobre as simplificações necessárias para que os indivíduos não apenas sejam informados sobre as descobertas científicas, mas também se comportem de acordo com elas. As propagandas públicas no mundo inteiro usam o termo “causa” para falar do nexos entre fumo e doenças, embora no vocabulário médico o termo usado seja “fator de risco”, que implica um nexos probabilístico entre antecedente (o hábito de fumar) e conseqüente (alguma doença).

A acuidade na tradução é certamente um objeto de pesquisa com grande relevância social. Não é difícil imaginar algum cenário catastrófico para a saúde pública causado por alguma imprecisão nas notícias sobre saúde. Contudo, a relação entre estilo de vida e doença pode ser abordada sob outro ponto de vista. A atitude de cientistas, o lugar que alguns meios de comunicação se atribuem quando fazem jornalismo científico, a relevância existencial para muitos da crença de que ações cotidianas podem reduzir os riscos de sofrimentos futuros, tudo isso indica que precisamos de outro olhar sobre a verdade, um olhar que se interroga sobre o sentido de agir segundo a verdade. A adequação ou não do adjetivo “científico” a um dado enunciado não é o que importa aqui; redescobriremos assim a antiguidade das práticas que articulam o controle do corpo à construção de um futuro calculável.

De modo mais concreto, para os estudos sobre mídia e saúde, o deslocamento cético em relação às verdades científicas – que se tornam as crenças de nosso presente – implica a colocação de duas questões: 1) quais são as condições históricas de possibilidade do nexos atual entre mídia e medicina; 2) por que esse nexos é tão atraente para os indivíduos. No empenho em responder a essas duas questões, o que aparece é o papel da mídia na construção da subjetividade contemporânea.

Os prazeres do corpo e a dívida

Abstratamente, as notícias relacionando dietas e doenças são narrativas que sintetizam o passado e o futuro a partir de um presumido poder da ação humana no presente em evitar sofrimentos e adiar a morte. De fato, elas propõem uma concepção da temporalidade organizada em torno das noções de crédito e dívida; bem agir significa receber um crédito na forma de alguma esperança de não sofrer no futuro; fazer o que não se deve tem como contrapartida a ameaça de algum castigo nessa vida. Essas notícias participam, portanto, do esforço humano, demasiado humano, que apareceu sob diversas formas na história do pensamento, de articular o controle dos prazeres do corpo à construção de um futuro calculável.

Sob outro ponto de vista, frisando o eixo entre presente e passado, essa forma de sintetizar o tempo a partir do poder da ação humana é modo de dar sentido ao sofrimento. Uma troca é persistentemente proposta: o sofrimento aparentemente involuntário que nos acomete deve ser visto como castigo. Nada pode acontecer sem que de algum modo o indivíduo tenha participado de seu advento. Atribuir para si a responsabilidade pelo sofrimento que se experimenta é acreditar que ele pode ser redimido através da ascese, através de algum sofrimento voluntário. Sofremos por que não teríamos agido como se deve; se bem agirmos a partir de agora, (isto é, se ativamente damos a nós o sofrimento, agora na forma de restrição dos prazeres do corpo e da obrigação do exercício) poderemos não sofrer no futuro.

Para nossa memória de indivíduos pertencentes à cultura ocidental do século XXI, aceitamos melhor o funcionamento dessa lógica perversa – é necessário sofrer para não sofrer – na interpretação cristã de catástrofes e doenças como pecado. Ainda no início do século XIX, acreditava-se que a dor durante uma operação cirúrgica pressagiava a possibilidade de recuperação; a intervenção médica era concebida como uma penitência (REY, 1995). Dito de modo simples, toda doença ou deformidade era atribuída a uma falta moral, e o sacrifício era a única forma de o indivíduo reconquistar sua saúde e se prevenir de doenças futuras. O poder da ação humana diante do sofrimento se reduzia à árdua obediência às leis divinas.

A medicina moderna e contemporânea é a secularização dessa interpretação da doença como pecado, com seu correlato, que é a localização na vida após a morte da esperança associada ao bom comportamento. Essa secularização aparece com clareza no sentido novo de causa da morte, que passa a significar o que torna um acontecimento necessário em um evento contingente (FAGOT-LARGEAULT, 1989). Identificar uma causa de morte é estipular aquilo cuja ausência permitiria ao indivíduo manter-se em vida. Essa compreensão de causa expressa, portanto, a laicização da esperança cristã de salvação, ao transformar o sonho de vida após a morte no empenho por não morrer. A saúde torna-se um valor supremo a orientar nossas vidas e a morte algo a ser adiado a qualquer custo.

As causas de doença e morte e a mídia

As diferenças entre as medicinas moderna e contemporânea são explicadas pela mudança na noção médica de causa das doenças. A transformação na causa, por sua vez, explica a maior presença da medicina na mídia, pois

modifica o modo de prevenção, atribuindo maior poder ao indivíduo sobre seu futuro.

Na medicina moderna, a noção de causa estava articulada à compreensão das doenças infecto-contagiosas, então a causa principal de morte. A experiência de dor dos indivíduos estava articulada a uma lesão no corpo; esta, por sua vez, teve sua origem na ação de um agente patogênico externo, tido como causa suficiente e necessária da doença. A relação de causa e efeito também supunha a proximidade temporal: pouco tempo após a exposição ao vírus ou à bactéria, o indivíduo contraía a doença e apareciam os sintomas que o conduziam ao médico.

Essa concepção de causalidade permitia duas formas de prevenção, uma médica e a outra, política; em nenhuma delas, a ação do indivíduo que podia adoecer era relevante. A primeira forma de prevenção era a vacinação: inoculava-se no indivíduo bactérias ou vírus enfraquecidos de modo a estimular o sistema imunológico e a garantir que, numa eventual exposição posterior, o indivíduo já teria fortalecido suas defesas. A outra estava centrada nas condições sociais – isto é, numa causalidade estrutural – que favoreciam a existência e disseminação do agente patógeno. Em 1920, um médico estudou as mortes por tuberculose na cidade de Paris e concluiu seu relatório afirmando que “(...) na classe dos bairros mais pobres, a metade de todos aqueles que morrem é condenada à morte por sua situação social” (FAGOT-LARGEAULT, 1989). Cuidar da saúde dos indivíduos significava, então, reduzir a desigualdade social.

Quando o indivíduo adoecia, o poder estava nas mãos dos médicos. Descrevamos essa temporalidade do adoecimento: enquanto não havia experiência da dor, o indivíduo não se preocupava muito com sua saúde; no máximo, observada as regras médicas de higiene. A partir da percepção do sofrimento, ele ia ao médico para que este diagnosticasse, isto é, transformasse sua experiência subjetiva em uma lesão observável no espaço do corpo. Desde então, o indivíduo aceitava limitações em sua prática diária, podendo até ser internado em um hospital. A preocupação com a saúde e a ascese – em termos práticos, restrita à obediência ao médico – ocorriam a partir da experiência de sofrimento. Se o indivíduo se recuperasse do episódio de doença, retornava ao horizonte de despreocupação próprio do estado de normalidade.

A limitação temporal nos momentos em que é preciso preocupar-se com a saúde restringia também o aparecimento das notícias sobre doença na mídia, concentradas nas ocasiões de surtos epidêmicos. Pela mesma razão, as campanhas de saúde pública, quando se dirigiam aos saudáveis, enfatizavam a vacinação e a higiene; costumeiramente, porém, elas se endereçavam aos que já estavam doentes e ou não sabiam de seu estado, ou sabiam, mas fugiam da autoridade médica (ARONOWITZ, 1998, p. 115).

A medicina contemporânea é aquela que tem que lidar com as doenças crônico-degenerativas (cânceres, doenças cardiovasculares, osteoporose, mal de Alzheimer, etc.) A noção de causa a elas associada é a de fator de risco. Em termos epistemológicos, o conceito não é causa nem suficiente, nem necessária de uma doença; ele designa, sim, o que amplia as chances de adoecer. A primeira formulação do conceito ocorreu no final da década de 1940 e associava fumo e câncer de pulmão: os pesquisadores mostraram que havia fumantes

que não desenvolviam o câncer (não é causa suficiente), assim como pacientes que não eram fumantes (não é causa necessária); ao mesmo tempo, mostraram que era muito mais freqüente fumantes desenvolverem o câncer do que não-fumantes. Era preciso, contudo, sofisticar o raciocínio causal, na medida em que a correlação estatística entre fumo e câncer podia ser espúria, com a causa da maior freqüência do câncer entre fumantes sendo alguma outra característica biológica dessa população que não teria sido singularizada. A sofisticação – e generalização para outras doenças – ocorreu com os estudos prospectivos sobre doenças cardiovasculares e estilo de vida iniciadas no final da década de 1950. Para sustentar que a conexão não é espúria, é preciso estabelecer uma relação de antecedência e consequência, o que só um estudo que acompanha os indivíduos por um largo período de tempo pode fazer. Por fim, a última singularidade do conceito de fator de risco como compreensão de causalidade é o intervalo longo entre exposição ao fator e aparecimento da doença.

O novo vínculo da mídia com a medicina dependerá da ligação do conceito de fator de risco seja com atos cotidianos, seja com o intervalo longo entre exposição e sintoma. Desde então, as campanhas de saúde pública se endereçam, não aos que estão doentes, mas aos que podem adoecer – no caso das doenças cardíacas, a todos. A fronteira anterior entre saúde e doença pressuposta pelo conceito de norma é rompida, pois é criado um estado de quase-doença generalizado: mesmo não sentindo nenhuma limitação no presente e diante de oportunidades de prazer, todo e qualquer indivíduo deve alterar seu estilo de vida dada a possibilidade de adoecer no futuro. De fato, a medicina contemporânea embaralha as distinções, existencialmente nítidas, próprias à sucessão moderna saúde-doença-intervenção-retorno à saúde. Do ponto de vista do estado final, para algumas doenças psíquicas como a depressão, não há retorno à normalidade, pois o medicamento passa a ser necessário para o resto da vida; ele se torna uma forma de alimento e prótese tecnológica. Do ponto de vista do estado inicial, a epidemiologia dos fatores de risco, as descobertas da genética e a ampliação da distância temporal entre diagnóstico e manifestação subjetiva da doença convidam todo indivíduo a cuidar de si enquanto não sente nada.

Ao se estabelecer conexão entre práticas cotidianas e doenças futuras, ao se colocar o indivíduo como vítima de seus próprios hábitos, o que se faz é transferir o controle da doença para ele. Essa ligação também reduz a incerteza em relação ao futuro por dar sentido à vida e ao sofrimento. O conceito de fator de risco preenche o vazio de respostas para questões como “por que esta pessoa adoeceu e não outra?”, “por que neste dado momento?” e “o que pode ser feito para evitar a doença e a morte?” (ARONOWITZ, 1998).

De fato, a mudança nos hábitos de vida é freqüentemente apresentada como primeira alternativa para reduzir as chances de adoecer. Os remédios aparecem como segunda opção, necessária se a mudança no cotidiano do indivíduo não for suficiente. Essa ênfase no poder do indivíduo em relação à sua vida e morte através de atos banais pode ser percebida nas inúmeras notícias que conectam alimentação e doenças cardíacas. Pelo nexos com o colesterol e a pressão alta, certos alimentos e temperos (carne vermelha, ovo, margarina, sal, etc.) tornaram-se venenos, a serem consumidos cuidadosamente. Outros alimentos, porém, por alguma substância química que contenham, passam a

ser vistos como remédio.

Sofrimentos futuros e prazeres do corpo, hoje

A determinação do modo de habitar o tempo passa pelo jogo entre crédito e dívida. Pode-se dizer que, ao menos na clínica, o vínculo entre doença orgânica e agente patogênico externo distanciava a medicina da associação religiosa entre doença e pecado. Contudo, é preciso ver que esse nexos reaparecia na psiquiatria, pela suposição de que doenças mentais tinha como causa desvios sexuais, e que ao longo do século XIX o nexos entre sujeira corporal e “sujeria” mental orientou parte das práticas da medicina higienista.

De todo modo, pode ser dito que, numa dimensão precisa, a noção de fator de risco retoma a crença arcaica de que “sofrimento é castigo”, pela qual toda falta moral recebeu ou receberá uma punição. Muito concretamente, para o saber médico contemporâneo, levar uma vida descuidada é contrair uma dívida que pode vir a ser cobrada na forma de adoecimento e morte prematura; adotar um estilo de vida saudável, por sua vez, é receber um crédito configurado como mais tempo para viver uma vida prazerosa.

É preciso nuançar essa dimensão moral. O conceito genérico de risco se aplica a uma situação em que o indivíduo está diante de uma oportunidade de prazer e considera o que pensará no futuro de sua escolha presente se por acaso a ação tiver uma conseqüência negativa. Trata-se de uma mudança na direção temporal do arrependimento: quer-se que a pessoa se arrependa, não depois, mas antes de tomar uma decisão, pela mera possibilidade de vir a sofrer (LUHMANN, 1993).

O sacrifício é tão mais atraente quanto mais potente for aquele que nos concede o crédito; não há razão para duvidar que o bom comportamento nos abre as portas do paraíso se Deus é onipotente. A vacância do divino, que tem hoje a forma de um nexos probabilístico entre ação e sofrimento, nos deixa incertos sobre a recompensa a que teremos direito se nos sacrificarmos: poderemos mesmo assim contrair a doença e, pior, vamos morrer de qualquer jeito e talvez nos arrependamos no futuro, não de ter adoecido por não termos nos controlado, mas de não ter aproveitado a vida por nos contermos em excesso.

Consideremos em conjunto as dificuldades para a adoção das recomendações médicas postas na mídia. Pelo nexos ser probabilístico, o indivíduo sabe que a doença evitada cotidianamente pode, de todo modo, nunca advir – talvez não seja preciso cuidar de si e o melhor seria não se sacrificar. Inversamente, o indivíduo também sabe que a morte pode chegar antes do planejado, em algum acontecimento fortuito – talvez não adiante cuidar de si e, uma vez mais, o melhor é aproveitar a chance e ter prazer. Pode ser também que perceba que é impossível saber qual será o seu sistema de crenças no futuro – ele poderá avaliar este presente de decisão de forma diferente e, assim, se arrepender por não ter buscado prazeres quando teve oportunidade. Para agravar a dificuldade de aderir às incitações de mudar de estilo de vida, à diferença da intervenção médica a partir da manifestação do sintoma, o indivíduo deve se controlar não quando está sofrendo, mas quando está diante de uma oportunidade de prazer. Propõe-se ao indivíduo que ele sofra (se abstenha de prazeres e se exercite)

quando não está sofrendo e pela mera probabilidade de sofrer no futuro.

Diante de tanta incerteza sobre o valor do sacrifício e colocado numa situação existencial desfavorável a essa imposição voluntária da dor, por que o indivíduo, ainda assim, orienta suas práticas cotidianas de acordo com as recomendações médicas? Porque, para muitos, é melhor acreditar que se pode fazer alguma coisa do que estar desorientado; essa preferência responde pela maior adesão dos indivíduos às recomendações médicas a partir da meia-idade: a vizinhança da morte aguça a tentação de crer na possibilidade de adiá-la. E também porque os estilos de vida saudáveis são apresentados como pouco custosos. Se há incerteza sobre a efetividade, a ascese, além de moderada, deve proporcionar um prazer para além da satisfação reflexiva – e ressentida – própria a toda moral fundada na verdade, que é o sentimento de superioridade calcado, de um lado, na sensação de que se consegue controlar os impulsos do corpo (“sou mais forte do que eu mesmo”) e, de outro, no reconhecimento de que se sabe cuidar de si por orientar a vida segundo o verdadeiro (“sou melhor do que os outros”).

Na leitura das notícias sobre estilo de vida e risco de doenças, chama a atenção imediatamente a ausência de restrições maiores para a prática dos prazeres sexuais. De fato, algumas notícias até propõem que o prazer sexual faz bem à saúde – o que mostra a predominância do ponto de vista médico sobre nossas práticas cotidianas: até aí a saúde deve orientar nossas escolhas. Também é significativo que os prazeres da comida e da bebida sejam aceitos, desde que com moderação. Basta calcular o uso que tudo é permitido.

Tão relevante quanto a ausência de restrições em relação aos prazeres sexuais e a admissão dos prazeres moderados da comida e da bebida é o modo de ordenar o corpo, não a se restringir, mas a fazer algo. Se nos recordarmos das propostas de psiquiatras de existência da doença “vigorexia”, ou excesso compulsivo na prática de exercícios físicos, e da preocupação social cada vez maior com a anorexia, pode-se ver que também na ascese predomina esse nexo entre moderação e saúde. Mas a aliança entre prazer e risco não se dá apenas pela moderação; a recompensa adicional de praticar exercícios é a construção de uma bela aparência: o cuidado em prevenir a doença se alia ao sonho com um futuro repleto de prazeres sensuais.

Em suma, o sacrifício implícito em ser um “paciente antes do tempo” só é aceito se não for demasiado e se a recompensa for prolongamento da vida e da juventude, e renovação do prazer e do consumo. Toda pessoa, se moderada, tem direito a muitos prazeres sensíveis por muito tempo.

Entende-se porque os indivíduos querem tanto encontrar na mídia informações sobre os meios que dispõem para não sofrer no futuro e ter uma vida longa: pouca coisa é tão reconfortante quanto crer no poder da ação humana e na possibilidade de antever o futuro. Para ampliar o desejo desse nexo entre estilo de vida e saúde, o sacrifício proposto é moderado na sua aplicação e hedonista em seu objetivo.

O que continua a perturbar aqueles que se orientam por essa moral de dois senhores supremos, o prazer e a saúde, é sua vacuidade, pela ausência do futuro como diferença: o sonho está restrito à continuidade de um presente repleto de prazeres e com vigor. Nada que empolgue, pois sabemos que cedo ou tarde morreremos. Não é casual que o predomínio dessa moralidade utilitária

esteja associado historicamente ao retorno do divino nas culturas ocidentais, mas um divino cada vez mais individualizado. O que importa não são suas intervenções diretas na ordem do mundo, nem a concessão de legitimidade a poderosos; se intervêm, é ao nível da vida de cada indivíduo e, sobretudo, acreditar nele é modo de dar a essa visão imanente da vida a possibilidade de estender ainda mais, para além da morte, o presente.

Referências bibliográficas

ARONOWITZ, Robert A. *Making sense of illness: science, society, and disease*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press, 1998.

EVANS, Alfred S. *Causation and disease: a chronological journey*. New York: Plenum Medical Book Co., 1993.

FAGOT-LARGEAULT, Anne. *Les causes de la mort: histoire naturelle et facteurs de risque*. Paris: J. Vrin, 1989.

LUHMANN, Nicklas. *Risk: a sociological theory*. New York: A. de Gruyter, 1993.

REY, Roselyne. *The history of pain*. Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1995.

VAZ, Paulo, POMBO, Mariana, PECLY, Guilherme, FANTINATO, Maria. O poder do indivíduo diante do sofrimento: representações das doenças cardiovasculares na mídia. In: FREIRE FILHO, João; VAZ, Paulo. (Orgs.). *Construções do tempo e do outro: representações e discursos midiáticos sobre a alteridade*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. p. 13-35.