

O fator de risco na mídia

Risk factors in the media
Factores de riesgo en los medios de comunicación

Paulo Vaz¹
Mariana Pombo²
Maria Fantinato³
Guilherme Pecly⁴

Por uma história do cuidado

Notícias sobre fatores de risco aparecem, freqüentemente, na mídia. Seu sentido usual é convidar os indivíduos a atentarem para aspectos de seu cotidiano antes tidos como banais. Alimentação, bebida, lazer, trabalho, comportamento amoroso – nada parece ser irrelevante para a saúde; se deslocarmos a perspectiva, essa necessidade de constante atenção indica que a saúde se torna um valor maior a orientar nossas ações cotidianas. É urgente, pois, refletir sobre que tipo de vida está sendo construído por esses alertas sobre perigos que estariam à espreita em nossos hábitos e que podem se concretizar num futuro remoto.

A maior parte dos estudos sobre mídia e fatores de risco está focada na distância entre o consenso dos médicos e o consenso dos leigos. De um lado, argumenta-se que deveria haver, da parte dos meios de comunicação, acuidade na tradução do conhecimento médico. De outro, quando se quer que os indivíduos efetivamente se comportem de acordo com as informações veiculadas, discute-se também que deformações são admissíveis; por exemplo, não usar o termo “fator de risco”, mas o de “causa” em campanhas publicitárias que visam suscitar mudanças de comportamento. Nesses estudos, portanto, estamos diante de uma ética da verdade. Os efeitos temidos são a informação incorreta e a manutenção de hábitos que contêm riscos, mesmo quando os indivíduos estão adequadamente informados sobre eles.

A preocupação com a acuidade e efetividade das informações é relevante. Contudo, essa forma de crítica do nexos contemporâneo entre mídia e epidemiologia é conduzida do ponto de vista do saber médico; por acreditar na verdade, pode até ser caracterizada como a-histórica.

¹ Professor, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. <paulovaz@ufrj.br>

^{2,3,4} Graduandos, ECO/UFRJ; bolsistas de iniciação científica. <maripombo@terra.com.br>; <mariafantinato@yahoo.com.br>; <pecly@terra.com.br>

¹ Escola de Comunicação – UFRJ
Avenida Pasteur, 250, Fundos
Rio de Janeiro, RJ
22.290-902

Neste ensaio, adotamos outra estratégia. Propomos que as notícias sobre fatores de risco participem da construção de uma nova subjetividade. O nexos contemporâneo entre mídia e medicina já constitui um ponto de transição na história do cuidado com a saúde.

Construção de subjetividade, por sua vez, significa que essas notícias permitem aos indivíduos habitarem o tempo: elas explicam por que alguns adoecem e, no mesmo movimento, definem modos de evitar sofrimentos.

O saber médico que aparece nos meios de comunicação passa a ser analisado na sua articulação com o conceito de responsabilidade. A questão se torna a de compreender como essas notícias definem a maneira como os indivíduos, hoje, pensam poder lidar com seus prazeres cotidianos para que o futuro se desdobre como cognoscível, calculável e dependente de suas ações. Dois pontos de vista críticos resultam dessa visada historicizante. Primeiro, acreditamos ser necessário perguntar se os modos com os quais os seres humanos são capazes de dar sentido ao sofrimento estão ou não provocando mais sofrimentos. Segundo, é preciso constantemente se inquietar com a possibilidade de moralização quando nos propomos cuidar do sofrimento do outro.

Concretamente, esse deslocamento cético em relação às verdades médicas – que passam a ser, então, as crenças de nossa cultura sobre o poder da ação humana – implica colocar duas questões: 1) quais são as condições históricas de possibilidade do nexos atual entre mídia e medicina; 2) em que sentido é possível detectar, aí, uma dimensão moralizante.

Narrativas midiáticas de sofrimento

Ao deixarmos em suspenso o juízo sobre a verdade do saber médico, de imediato, percebemos que as notícias sobre saúde são apenas um dos casos em que os meios de comunicação narram sofrimentos e mortes. A mídia expõe diariamente o sofrimento de estranhos, sejam eles doentes, ou vítimas de crimes, guerras, catástrofes naturais e tecnológicas. Essas narrativas costumam estar ordenadas por uma indagação contrafactual: um sofrimento atual é apresentado como tendo origem numa dada ação; para que esse sofrimento não tivesse existido, que escolha outra poderia ter sido feita? Ao articular o sofrimento atual a escolhas passadas, os meios de comunicação participam da construção de um futuro tido como justo; na cultura contemporânea, aquele onde a catástrofe que se antecipa no presente é evitada.

A determinação de responsabilidade explica porque as narrativas também costumam ordenar a exposição do sofrimento com base na distribuição dos papéis de agressores e vítimas. Nas notícias sobre fatores de risco, o sofredor é vítima de seus comportamentos inadequados: colesterol alto é causado por alimentação gordurosa, câncer de pulmão pelo fumo, etc. Essa forma singular de posicionamento é convite à atividade. O discurso estabelece, aqui, a possibilidade de uma distinção social: não entre agressores e vítimas, mas entre quem sabe e quem não sabe cuidar de si.

A forma de a morte aparecer nas notícias sobre saúde também é singular. De um ponto de vista genérico, pode-se observar que a morte, hoje, não é pensada como fazendo parte da ordem, da rotina; ao contrário, o cotidiano regular é visto como a ocasião para evitá-la. Quando ela é visível, estamos diante da morte atual, súbita e aparentemente aleatória, como nas notícias sobre catástrofes naturais, terrorismo e crime. A aleatoriedade é aparente porque o esforço narrativo será o de encontrar a responsabilidade humana pelo acontecimento, construindo a crença que, de direito, a morte não faria parte do rotineiro. No caso das notícias sobre saúde, o diferencial reside no paradoxo de uma representação por ausência: a morte está sempre por vir, podendo seu advento ser, ainda uma vez, adiado por meio de escolhas, cientificamente fundadas, do indivíduo em relação a seu estilo de vida.

Por meio dessas narrativas de sofrimento e morte, lugares de causadores e vítimas são propostos; com elas, os indivíduos preenchem o tempo de suas vidas com ocasiões

significativas, aquelas onde pensam haver escolha e hesitação, esperança e arrependimento. A diferença maior das notícias sobre saúde – e de todo jornalismo científico – é que a estipulação, pelos meios de comunicação, da responsabilidade perante o sofrimento dependerá do respeito, ao menos parcial, da construção da causa por uma outra instituição: a ciência.

As causas médicas do sofrimento e da morte

As narrativas midiáticas vinculando passado e futuro com base no poder da ação humana 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 ou em outra vida; fazer o que não se deve tem, como contrapartida, a ameaça de algum castigo, nessa vida ou no além. Desse ponto de vista, não há nada de excepcional nessas narrativas. Afinal, em diferentes culturas, os indivíduos vincularam imaginariamente o controle dos prazeres do corpo à construção de um futuro calculável.

Na forma arcaica de sintetizar o tempo humano, uma troca é persistentemente proposta: o sofrimento que inesperadamente nos acomete talvez seja castigo e possa ser redimido por meio da ascese. Acreditando na troca, passamos a pensar que nenhum sofrimento é casual; assim, sofreremos porque não teríamos agido como se deve; se bem agirmos a partir de agora, isto é, se nos sacrificarmos, se nos impusermos sofrimentos, poderemos não sofrer no futuro. A culpa é ilusão de onipotência e sua lógica é férrea: todo sofrimento cometido precisa ser pago com sofrimento. Fazer de uma doença castigo é, imediatamente, abrir o desejo de ascese.

Para nossa memória de indivíduos da cultura ocidental, compreendemos melhor a interpretação cristã de catástrofes e doenças como pecado. Afinal, ainda no início do século XIX, acreditava-se que a dor durante uma operação cirúrgica pressagiava a possibilidade de recuperação: a intervenção médica assemelhar-se-ia a uma penitência (Rey, 1995). Dito de modo simples, toda doença era atribuída a uma falta moral e o sacrifício seria modo de o indivíduo reaproximar-se de Deus. O poder da ação humana se reduzia à árdua obediência às leis divinas.

As medicina moderna e contemporânea são a secularização dessa interpretação da doença como pecado. Seu signo maior é o sentido novo de causa da morte, que faz de um acontecimento necessário 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.

No interior dessa continuidade, pode-se estabelecer uma diferença básica na compreensão de causa da doença entre a medicina moderna e a contemporânea. A compreensão dominante na primeira foi dada pela noção de causa para as doenças infectocontagiosas. Uma dada doença resultaria de um agente patógeno externo tido como causa suficiente (basta a exposição ao agente para que apareça a doença, o que é testado ao se verificar se algum indivíduo saudável foi exposto ao agente) e necessária (não é possível haver a doença sem a presença do agente; testar a necessidade significa analisar se alguém contraiu a doença sem ter sido exposto). 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. De fato, é recente a atenção médica a doenças infectocontagiosas que apresentam um intervalo longo entre a exposição ao agente e a aparição dos sintomas. A aids é o caso mais conhecido.

Essa concepção de causalidade permitia duas formas de prevenção, uma médica e a outra, política. A primeira era por meio da vacina: inoculavam-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 a 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, p.154). Cuidar da saúde significava reduzir a desigualdade social.

Podemos, agora, descrever a temporalidade do cuidado quando as doenças infectocontagiosas eram a causa maior de morte. Durante o período em que o indivíduo não sentia dor, não havia muita preocupação com a saúde; no máximo, eram observadas as regras médicas de higiene. A partir do instante em que experimentava uma dor, o indivíduo ia ao médico para que este diagnosticasse, isto é, transformasse a experiência subjetiva em uma doença observável. Desde então, ele aceitava limitações em sua prática diária, podendo até ser internado em um hospital. Se o indivíduo se recuperasse do episódio de doença, retornava ao horizonte de despreocupação próprio do estado de normalidade. Essa fronteira nítida entre cuidado e descuido estabelecia a diferença entre alimentação diária e comida de hospital e, mais genericamente, a diferença entre alimento e remédio, sendo este usado apenas nas ocasiões de doença e aquele não tendo consequência além da saciedade.

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

O conceito de fator de risco, em termos epistemológicos, não é uma 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 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 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 indivíduos com e sem o fator de risco, por um longo período de tempo, pode fazer. Por fim, a última singularidade do conceito como compreensão de causalidade já foi antecipada: é o intervalo longo entre exposição ao fator e aparecimento da doença (Evans, 1993).

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. 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-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.

Agir segundo a verdade

Como se trata de um convite a orientar a vida de acordo com a verdade, a adesão dos indivíduos às recomendações médicas publicadas na mídia depende da credibilidade da fonte e da ausência de controvérsia. A possibilidade de escolha entre diferentes maneiras de cuidar de sua saúde seria tanto maior quanto mais houvesse diversidade de fontes de autoridade e quanto menos o indivíduo acreditasse em qualquer uma delas. Num artigo recente sobre a cobertura do jornal Folha de S. Paulo dos fatores de risco ligados às doenças cardiovasculares, o que observamos foi a homogeneidade das fontes: em 83% do material analisado (232 notícias), as fontes de autoridade são explicitamente médicos ou revistas e manuais médicos (Vaz *et al.*, 2006). O restante não indica a presença de fontes de autoridade diferentes; não encontramos nenhuma menção a medicinas ou terapias alternativas nos 12 anos estudados. Na maior parte dos casos, a ausência explícita se deve a uma economia de espaço, com o jornalista assumindo o lugar de autoridade no interior de uma discursividade científica.

Se não há opções em relação aos regimes de verdade, a margem de escolha do indivíduo em relação a seus hábitos depende da dúvida quanto à veracidade das recomendações médicas. De fato, ao longo dos anos, um leitor atento e memorioso observaria contradições nos resultados das pesquisas médicas – por exemplo, em 21/04/1994, uma notícia na Folha de S. Paulo afirma que “*comer pão pode reduzir o risco de doenças cardíacas*”; em 13/02/2000, o jornal informa que “*pão traz risco para colesterol*”. Há mais casos; no entanto, nenhuma notícia propôs que a escolha dos alimentos não tem relevância alguma para o futuro do indivíduo, ou que alguns deles são proibidos por prescrição divina. Todas reiteraram uma única crença: o que se faz no dia-a-dia é importante para o futuro.

Para um olhar preocupado com a mudança na forma de cuidado de si, provocada pela aliança entre medicina e mídia, não importa tanto a possível incerteza do leitor sobre se comer pão efetivamente aumenta ou reduz as chances de adoecer; o decisivo é, sim, a reiteração diária nos diferentes conteúdos de que há um nexos quantificável entre futuro longínquo e ações cotidianas que, anteriormente, eram experimentadas como não tendo conseqüências.

No referido estudo, observamos que, em apenas 7% dos casos (22 notícias, em 12 anos), um resultado discrepante é efetivamente discutido pelos médicos. A incerteza inerente à ciência, por ser uma prática humana, não é notícia. A temporalidade dos meios de comunicação se harmoniza com aquela que a medicina preditiva propõe aos indivíduos: de um lado, temos a tendência ao esquecimento – a outra face da construção midiática de um presente sempre repleto de “novidades” –, dificultando a percepção de contradições nos resultados das inúmeras pesquisas médicas; de outro, há a reiteração diária da crença de que, se bem cuidarem de sua saúde, se conseguirem controlar certos prazeres e ordenarem seu corpo para que realize certas práticas, os indivíduos podem, ainda uma vez, se afastar da vizinhança da morte.

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 por meio de atos banais pode ser percebida nas 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.

A temporalidade do cuidado crônico

A crise da separação moderna entre saúde e doença gera o cuidado crônico com a saúde. Essa construção de um estado generalizado de quase-doença que incita à atividade de evitar doenças futuras significa a proposição de uma experiência médica da morte. Para que os indivíduos cuidem de si, a morte deve estar a uma distância adequada, aquela onde acreditam que podem evitá-la, nem muito afastada no horizonte das decisões cotidianas, para que seja ignorada quando se age, nem próxima demais, de modo a que se pense que nada pode ser feito para adiá-la e que o melhor é repensar a relação com a vida.

O discurso médico delimita essa morte à distância por propor que nunca é cedo demais para começar a evitar o risco de doenças e que nunca é tarde demais para se fazer alguma coisa. Em 22/11/1998, um médico aparece na Folha de S. Paulo assegurando a esperança de uma longa vida quando se começa a cuidar de si desde cedo: *“quanto antes forem detectados os fatores de riscos – na infância ou adolescência –, mais fácil será controlá-los e adiar o aparecimento das doenças cardiovasculares para, pelo menos, após os setenta anos”*.

Embora possa parecer paradoxal em relação ao conselho de cuidar de si desde cedo e continuamente, o discurso médico quer dar esperanças àqueles para quem a morte pode parecer demasiadamente próxima: os idosos e as pessoas que, até então, nunca cuidaram de si. Em 20/11/1999, no mesmo jornal, recomenda-se: *“praticar exercícios, principalmente no caso de pessoas idosas, é uma forma de prevenir doenças cardíacas e circulatórias”*. Para aqueles cujo estilo de vida torna muito provável que adoecem, também há esperança: *“mulheres sedentárias que começam a caminhar quatro vezes por semana a partir dos 40 anos, durante 30 minutos, passam a ter quase o mesmo risco de sofrer ataque cardíaco do que aquelas que se exercitaram a vida toda”* (Folha de S. Paulo, 11/03/2001).

A determinação do modo de habitar o tempo passa, também, pelo jogo entre crédito e dívida. Pode-se dizer que, ao menos na clínica, a concepção moderna de causalidade da doença distanciava a medicina da associação religiosa entre doença e pecado. Contudo, é preciso ver que esse nexos reaparecia na psiquiatria, pela suposição de que parte das doenças mentais tinha como causa desvios sexuais e que, ao longo do século XIX, o nexos entre sujeira corporal e “sujeira” 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, 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 consequência 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 nexo 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 termos 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. Esse indivíduo pode, ainda, ser um consumidor ávido de notícias sobre saúde e perceber contradições nas pesquisas; duvidará, assim, da cientificidade das informações acerca dos riscos que recebe cotidianamente. 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”).

Um primeiro elemento de moderação na “ascese” é a valorização do prazer sexual: o controle do corpo não pode incidir sobre esses prazeres tão intensos. Nas notícias sobre fatores de risco das doenças cardiovasculares, não encontramos proposição de abstinência; ao contrário, uma pesquisa divulgada em 07/12/2000 assegura que o prazer sexual faz bem ao coração: *“o risco de sofrer ataque cardíaco ou derrame cai pela metade quando os homens têm de três a quatro orgasmos por semana”*. Em termos de limitação do comportamento sexual, o máximo a que se chegou foi propor um vínculo entre relacionamento estável e vida longa (12/06/1999).

De fato, só dois prazeres são proibidos: fumo e drogas pesadas. Em relação aos prazeres da alimentação, tudo pode, desde que com moderação, como reafirma uma notícia de 30/01/2005:

sorvete cremoso, batata frita, bacon, ovos, manteiga, salame – alimentos como esses, sempre apontados como vilões de uma vida saudável, já podem ser consumidos sem culpa mesmo por aqueles que lutam para reduzir os níveis de gordura no sangue. Basta moderação e saber fazer conta.

A bebida é igualmente aprovada. Além do efeito benéfico do vinho tinto, reiterado por, ao menos, uma reportagem em mais da metade dos anos estudados, algumas notícias falam que o consumo moderado do álcool faz bem à saúde.

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 – no caso das doenças cardiovasculares, praticar exercícios físicos. Diante da incerteza, uma primeira estratégia é aumentar o valor da recompensa. Assim, uma notícia apresenta os exercícios físicos como uma quase-panacéia, com poder de cura fascinante: *“exercício físico regular, três ou quatro vezes por semana, reduz em 70% o risco de morte por todas as causas, incluindo doenças cardíacas e câncer”* (27/21/1998). Uma segunda estratégia é recomendar exercícios moderados, que propiciem uma sensação de bem-estar – aqui, reduz-se o custo da ascese. Mas exercitar-se não é apenas um meio de evitar sofrimentos futuros; por ser forma de construir 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 prolongação da vida e da juventude, e renovação do prazer e do consumo. Toda pessoa, se moderada, tem direito a muitos prazeres por muito tempo.

Em que sentido há moralização

É preciso, agora, enfrentar a crítica imediata a essa proposição de que as notícias sobre fatores de risco participam da construção da moralidade predominante de nossa cultura: não há moralização na medida em que a epidemiologia descobre causas verdadeiras. Haveria moralização quando o discurso de poder fabrica ameaças imaginárias para obrigar os homens a certos comportamentos. Seria diferente alertar, com base em evidências, os indivíduos para as conseqüências negativas do hábito de fumar e tornar a mudança algo que depende de sua escolha. Na distância entre perigo imaginário e perigo real, entre superstição e ciência, estaria desdobrada, ainda, a diferença entre querer limitar as práticas de prazer e trabalhar para propiciar uma vida longa, saudável e prazerosa ao indivíduo, se ele o quiser.

Ao longo deste ensaio quisemos inquietar aqueles que se instalam nessa distância confortável entre religião e ciência. Um primeiro argumento foi questionar o lugar da saúde como valor supremo a orientar as decisões cotidianas. Outros valores poderiam orientar nossas vidas.

Um segundo argumento passa pela observação de que o crescente número de pesquisas médicas sobre fatores de risco não é apenas a conseqüência direta da “transição epidemiológica”. Parte da adesão de médicos e leigos está relacionada a transformações culturais maiores. Nas décadas de 1960 e 1970, temos o desejo dos indivíduos de controlar suas vidas e questionar os excessos da vida urbana e da sociedade industrial, como o atesta o grande número de pesquisas sobre os danos à saúde provocados pelo estresse, por substâncias químicas nos alimentos e pela poluição. A saúde aparecia, então, como valor com base no qual se demandavam mudanças no “sistema”. Desde meados da década de 1980, ironicamente, o impulso às pesquisas sobre fator de risco é dado pela crise do Estado de bem-estar. Em primeiro lugar, porque o conceito propõe que o indivíduo é responsável por sua saúde futura e, desse modo, participa da des-coletivização dos riscos própria a nossa era neoliberal. Em segundo lugar, no nível metodológico, pelo nexos entre elementos do cotidiano e saúde, o conceito admite apenas o que é especificável e quantificável. Desconsidera, portanto, toda forma de causalidade sociocultural para a saúde e doença, a qual foi tão importante para a prática de saúde pública durante o período moderno, em que se acreditava na

engenharia social. O conceito de fator de risco poderia ter ficado delimitado às relações entre fumo e câncer e entre doenças cardiovasculares e alguns hábitos alimentares; se não ficou, se hoje praticamente todo aspecto do cotidiano está sendo medicalizado, parte da resposta está nas mudanças socioculturais recentes – e os médicos e jornalistas, evidentemente, não se situam fora da cultura.

Dois argumentos, de cunho filosófico, também orientaram a exposição. Primeiro, estamos acostumados a pensar que há moralização apenas na ameaça de castigo e na conseqüente proposição de restringir os prazeres do corpo. A vacância do divino implicou um nexos probabilístico entre sofrimento futuro e ação presente; desse modo, recomenda-se um sacrifício moderado, seja negativamente, como obrigação de dominar as insistências do corpo, seja positivamente, ao forçá-lo a praticar exercícios. A moderação da ascese pela incerteza do castigo, porém, deixa intocado um elemento decisivo da moralização, que é a promessa, a construção do futuro calculável, a ilusão de onipotência. Uma vez mais, o controle do futuro não é a única atitude ética disponível na história da cultura ocidental.

O último argumento diz respeito ao sentido da necessidade da morte. O conceito de fator de risco generalizou o estado de quase-doença, que tem como contrapartida o cuidado crônico de si, aquele em que nos preocupamos com nossa saúde até o instante em que se pode, ainda uma vez, adiar a morte. Além de fazer com que a morte não faça parte da rotina e de definir esta como o esforço de evitá-la, o conceito cria uma separação existencial nova, entre o tempo em que se pode cuidar de si e o terminal, quando as esperanças são perdidas de uma vez e para sempre. A morte aparece em nossas vidas apenas na distância do "evitável". Enquanto vivemos, recusamos sua necessidade. Cabe questionar se essa também é a única atitude ética possível. Talvez a dívida que tenhamos contraído ao nascer seja a de habitar o mistério de estar vivo; talvez a redução da vida ao esforço de evitar a morte seja um modo de impedir que habitemos o mistério.

Referências

- ARONOWITZ, R. **Making sense of illness: science, society, and disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- EVANS, A. S. **Causation and disease: a chronological journey**. New York: Plenum Medical Book Co., 1993.
- FAGOT-LARGEAULT, A. **Les causes de la mort: histoire naturelle et facteurs de risque**. Paris: J. Vrin, 1989.
- LUHMANN, N. **Risk: a sociological theory**. New York: A. de Gruyter, 1993.
- REY, R. **The history of pain**. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
- VAZ, P.; POMBO, M.; PECLY, G.; FANTINATO, M. O poder do indivíduo diante do sofrimento: representações das doenças cardiovasculares na mídia. In: FREIRE FILHO, J.; VAZ, P. (Orgs.). **Construções do tempo e do outro: representações e discursos midiáticos sobre a alteridade**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. p.13-35.

Recebido em 27/11/06. Aprovado em:04/12/06.