

O biopoder nos meios de comunicação: o anúncio de corpos virtuais

Fernanda Bruno¹

RESUMO

A crescente divulgação de pesquisas e “descobertas” biomédicas pelos meios de comunicação atesta novas formas de cuidado com o corpo. O artigo enfatiza o anúncio de virtualidades no campo da saúde e da doença, particularmente as sustentadas pela medicina genômica e pela epidemiologia dos fatores de risco. Ressaltamos algumas transformações no modo como os indivíduos são incitados a zelar pela própria saúde, hoje caracterizado em especial pela gestão permanente dos riscos de desenvolver doenças virtuais.

Palavras-chave: Mídia; saúde; risco; doenças virtuais.

ABSTRACT

The growing media attention on biomedical research and “latest findings” speak of new forms of body care. The present article highlights media coverage of body virtualities concerning health and sickness, especially those supported by genomic medicine and by the epidemiology of risk factors. We discuss some transformations in the way in which individuals are urged to care for their health. This is specially characterized today by the permanent management of the risks of developing virtual diseases.

Keywords: Media; health; risk; virtual diseases.

¹ Professora do Programa de Pós-graduação em Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); coordenadora do CiberIDEA – Núcleo de Pesquisa em Tecnologias de Comunicação, Cultura e Subjetividade.

Domingo, o jornal. É um homem quem lê. Primeiro os esportes, a seguir política, economia, rápida olhada nos classificados e eis que em uma seção que não costuma se deter – o enfadonho e já extinto caderno *Jornal da Família* – encontra uma espécie de “jogo-teste” que o convida a calcular sua expectativa de vida. Uma mistura de ceticismo e curiosidade molda o seu humor. Não resiste e faz o teste. O primeiro tópico é desanimador: “Se você é homem, subtraia 3 pontos”. E assim segue... “Se algum dos pais morreu de ataque cardíaco antes dos cinqüenta anos, subtraia 4”; “Se algum avô viveu até os 85 anos, some 2”; “Se você acabou a universidade, some 1”; “Se trabalha atrás de uma escrivaninha, subtraia 3”; “Se você se exercita intensamente (tênis, corrida, natação etc.) cinco vezes por semana, por pelo menos meia hora, some 4”; “Você é nervoso ou agressivo? Subtraia 3”; “Você fuma mais de dois maços de cigarro por dia? Subtraia 8”; “Se você é um bebedor contumaz, subtraia 8”; “Se prefere comidas leves, vegetais e frutas, some 1” etc.²

O exemplo é risível; contudo, contém alguns dos principais aspectos da forma como hoje figura, nos meios de comunicação, a relação dos indivíduos com a saúde e a doença, com seus hábitos e comportamentos, com o tempo de suas vidas, com os preceitos que lhes são recomendados. Começamos pelo objetivo do teste: calcular a expectativa de vida. A idéia é, em si mesma, estranha: podemos medir quanto tempo viveremos e ter uma estimativa do momento em que vamos morrer. Não menos estranho é o fato de essa possibilidade estar disponível em um jornal. Além de nos manter informados sobre o que nos circunda – os acontecimentos do mundo político, social, econômico, cultural etc. –, os meios de comunicação concedem cada vez mais espaço aos cuidados que se deve ter com a saúde e a doença, oferecendo informações sobre as condições da vida e da morte de cada um. Informações que soam mágicas, mas que no entanto não fazem apelo a nenhum tipo de transcendência. O que as torna verossímeis? As tecnologias biomédicas contemporâneas,

particularmente as que derivam da genética e da epidemiologia dos fatores de risco³, e a divulgação de suas pesquisas e “descobertas” pelos meios de comunicação.

Os elementos que devem ser considerados para o cálculo estão ligados, em sua maioria, à herança genética e ao estilo de vida dos indivíduos. A relevância desses dois fatores está fundamentada em uma transformação da medicina na segunda metade do século XX, a qual supõe que a saúde e a doença dependem da articulação entre o patrimônio genético e o modo de vida de cada indivíduo (alimentação, trabalho, exercícios físicos, vícios, prazeres...). Isso implica um modo singular de se conceber o nexo entre a vida que cada um leva e a própria doença ou saúde. Os indivíduos tornam-se responsáveis por aquilo que antes não estava sob seu controle – as enfermidades que podem vir a ter, a expectativa de vida, as causas de sua morte.

No caso da epidemiologia dos fatores de risco, que procura mostrar os agentes que contribuem para o desenvolvimento das afecções, essa responsabilidade é bastante evidente. A epidemiologia dos fatores de risco se incumbem da análise dos “determinantes de risco que incidem sobre grupos populacionais produzindo subconjuntos de doentes, definidos com base no ponto de vista clínico” (Castiel 1994: 187). Quanto à medicina genética, embora não tenhamos a possibilidade de escolher nosso DNA, novas técnicas permitem o diagnóstico e por vezes o tratamento de doenças atuais ou virtuais. Abre-se, assim, a possibilidade de gerir essa memória que até então se encontrava encerrada na corrente de ferro do determinismo. O genoma, esse grande estoque de possíveis, promete estar, em breve, ao alcance de nossas mãos e ações. Esquemáticamente, a medicina genética tem por tarefa a análise dos componentes genéticos das doenças, e a epidemiologia analisa o potencial patogênico dos fatores ambientais.⁴ Se a equação da medicina genética é *um gene defeituoso = uma doença* (doenças monogênicas), ou *alterações em tais genes = predisposição a tal doença* (doenças poligênicas), a equação da

³ Uma característica da epidemiologia dos fatores de risco (estudo das determinações e dos determinantes das doenças e outros problemas de saúde nas populações humanas) é vincular o modo de vida dos indivíduos (alimentação, estresse etc.) e a probabilidade de desenvolver certas doenças (Drucker & Stoeckel 1988).

⁴ A fronteira que separa essas duas disciplinas tem se tornado cada vez mais tênue. O que se percebe é um movimento que tende a uma ação conjunta desses dois campos da medicina.

² In *O Globo*, 14/11/1993.

epidemiologia é *tal exposição* (a um fator de risco) = *tal probabilidade* = *tal agravo* (Idem, *ibidem*: 187-188).

Portanto, o “jogo-teste” não apenas oferece os dados e meios para que os indivíduos computem os anos que lhes restam. A expressão *calcular* tem ainda um outro sentido: preparar, programar. Quando é dito “Se você é um bebedor contumaz, subtraia 8”, adverte-se implicitamente: “Se você beber moderadamente, sua expectativa de vida aumenta”. A informação que permite contabilizar a existência traz consigo a idéia de que é possível programá-la.⁵

Os meios de comunicação nos oferecem cotidianamente imagens de nosso corpo, genoma, cérebro, nossa sexualidade, nossas patologias físicas e mentais. A genética e a epidemiologia são os temas privilegiados; as páginas de jornais e revistas, bem como programas televisivos, estão povoadas de preceitos de saúde e novos genes. Alguns exemplos: “Estudo indica alimentos contra infarto e derrame”; “O estresse contínuo, que quebra a ‘harmonia silenciosa’ do organismo, leva cada vez mais cariocas aos consultórios médicos...”; “Vida sedentária aumenta risco de osteoporose”; “Genes podem explicar origem da esquizofrenia”; “Obesidade pode ter origem genética”; “Genes podem decifrar mal de Alzheimer”; “Saiba tudo sobre o suposto gene da homossexualidade”; “A saúde como herança”.⁶

Essas matérias não apenas descrevem o funcionamento do corpo, como também informam suas virtualidades – eis o que se quer ressaltar e analisar neste artigo. Tais imagens e informações midiáticas anunciam as doenças ou os distúrbios que podemos vir a desenvolver caso nos alimentemos de determinada maneira ou tenhamos um parente próximo que possa ter nos transmitido certo gene mal-aventurado. Aquele que só tinha conhecimento sobre seu corpo e sua doença no consultório médico é atualmente anunciado pelos meios de comunicação. Vejamos como se dá esse anúncio das virtualidades do corpo, da saúde e da doença.

⁵ A matéria que acompanha o “jogo-teste” tem um final consolador: “E não se preocupe se o total não é tão alto quanto você desejaria... basta ajustar um pouco o estilo de vida e poderá até ultrapassar os 100 anos.” (*O Globo*, 14/11/1993).

⁶ Tais manchetes foram retiradas respectivamente de: *Jornal do Brasil* (10/11/1993); *O Globo* (20/10/1995); *Folha de S. Paulo* (14/11/1993); *Folha de S. Paulo* (01/11/1995); *Folha de S. Paulo* (05/11/1995); *Folha de S. Paulo* (14/11/1993); *Folha de S. Paulo* (25/7/1993); revista *Veja* (21/6/1995).

1 Medicina “sem médico nem doente”

Talvez estejamos indo em direção a doenças sem médico nem doente, como diz Dagonet em sua análise da medicina atual: existem imagens mais do que sintomas, e portadores mais do que doentes (Deleuze 1992).

A junção da genética com os estudos de epidemiologia abre a possibilidade de personalizar os riscos dos indivíduos e contribuir para a constituição de uma nova medicina. A segunda metade do século XX assiste à emergência e à progressiva consolidação de uma *medicina preditiva*. O curioso dessa prática médica é o fato de seu objeto não ser, como outrora, o homem enfermo, e sim o indivíduo são. “Seu objetivo: levar cada indivíduo, tendo em conta a natureza de seu patrimônio hereditário e de seu meio ambiente, a conservar uma boa saúde até a idade mais avançada de sua vida” (Ruffié 1993: 61). Os conceitos de saúde e doença encontram-se transformados.

A saúde, até a década de 1950, foi definida como “a vida no silêncio dos órgãos” (Canguilhem 1990: 10). Segundo essa concepção, o corpo dá apenas sinais da doença; só aí há rumor. É preciso que a doença esteja presente, instalada, para que o sujeito seja informado sobre o estado de seu corpo. No momento em que as técnicas de visibilidade do corpo demonstram, além do lugar, da natureza e do grau de desenvolvimento da afecção, os riscos que o indivíduo tem de manifestar certa doença, os critérios de definição do são e do enfermo se modificam. Pois há doença no silêncio dos órgãos. E a saúde não pode mais ser definida pela ausência de doença atual. Ela passa a ser pensada em termos de segurança e controle em relação às doenças virtuais. Torna-se, assim, objeto de cálculo. É o controle dos riscos que garante a saúde (aliás, também virtual, embora os adeptos da prevenção não dêem atenção a esse aspecto), já que ela não

pode ser definida como ausência de risco de adoecer. Um fator de risco é o que aumenta a probabilidade, inerente ao vivo, de aparição da doença, e não o que torna a vida passível de adoecer. A Organização Mundial de Saúde define: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, moral e social, não consistindo apenas na ausência de enfermidade ou doença” (Idem: 25).

O discurso do bem-estar está associado ao dos riscos. O direito à saúde ultrapassa as reivindicações de tratamento e entra no campo das condições que garantem sua manutenção pelo período mais longo possível. A saúde como bem-estar é a que se encontra protegida das doenças e do sofrimento que elas causam, e que permanece salvaguardada do risco de morte prematura. Um temor coletivo com relação aos agentes externos causadores de doenças vigora, é certo, desde Pasteur. No entanto, hoje os agentes externos se multiplicam. Além do micróbio, dos vírus e das condições ambientais favoráveis ao contágio, o sol, o ar, os alimentos, a cultura, o trabalho etc. precisam ser controlados, dosados e calculados em função de seu potencial patogênico. Antecipar os riscos para melhor conjurá-los: essa é a atitude que os homens mantêm diante da saúde e da doença. Tudo se passa no campo das probabilidades e dos cálculos.

Tais mudanças no estatuto da doença e da saúde implicam, de imediato, novas práticas, regimes e princípios de cuidado de si, em que a virtualidade do corpo e os meios de comunicação ocupam lugares privilegiados.

2 A gestão permanente das virtualidades

Nessa medicina sem médico nem doente, as virtualidades do corpo são uma das matérias privilegiadas de atenção e cuidado. É essa porção do sujeito, simultaneamente sua e ainda não inteiramente presente nele, que se oferece como matéria de inter-rogação, conhecimento e inquietação. O corpo da genética, o

genoma, é um grande estoque de virtualidades. A análise do programa genético de um indivíduo evidencia, mais que a presença atual da doença, as enfermidades que ele pode vir a ter.⁷ O que se visualiza nesses corpos? Vimos que, há alguns anos, a doença só tinha uma modalidade de existência – a da sua presença. Na sua ausência, a saúde. Essa oposição, já observamos, não nos serve mais. O fato de uma enfermidade não estar já constituída ou em desenvolvimento não implica inexistência. A doença virtual não perde em realidade se comparada à atual. Duas modalidades de existência se descortinam, portanto: a virtual e a atual.

Um indivíduo pode estar, dessa forma, ao mesmo tempo são e enfermo. Caso se diagnostique, por exemplo, que uma mulher tem predisposição ao câncer de mama, como ela deve se considerar? Se for levar em conta o estado do seu corpo atual, goza de plena saúde. Mas se levar em conta os índices das virtualidades contidas nesse corpo, a enfermidade a assombra. O nosso genótipo contém “o possível em sono” (Serres 1986: 10). O corpo com o qual o indivíduo mantém relação não é tanto o seu corpo presente ou atual, que o informa, por dores, sintomas e sinais, sobre o seu estado. É em torno do possível que se dá a gestão do corpo.

Não se trata apenas das virtualidades inscritas em nosso genoma; o mesmo ocorre com a epidemiologia dos fatores de risco. Para gerir esse corpo virtual, o indivíduo deve calcular as ameaças contidas na relação que ele estabelece com o meio – também aqui dá-se uma tensão de possíveis. O cigarro, o álcool, as gorduras, o sol em excesso, a poluição, entre outros, são agentes de doenças virtuais.

Mas por que essa virtualidade exige cuidados, restrições, regimes? Por que a relação com ela é de contenção? Por que todos os esforços se incumbem de afastá-la, de impedir que ela venha a se atualizar? Claro que essas questões exigem respostas mais amplas e complexas do que aquela que os limites deste artigo permite encaminhar. No recorte aqui proposto, limitamo-nos

⁷ Cabe distinguir o diagnóstico antecipado e o que detecta virtualidades. Há lesões moleculares constituídas desde a fecundação cujo diagnóstico é antecipado, se feito *in útero*. Outras lesões se manifestam apenas muito mais tarde ou, para se manifestarem, dependem de uma complexa interação com o meio ambiente. Esses últimos casos são diagnósticos de virtualidades (Ruffié 1993: 62).

a uma hipótese sobre o que faz da virtualidade do corpo uma matéria privilegiada de nosso cuidado: nela habita o perigo. É necessário certo zelo no entendimento do que ele representa: o perigo não implica apenas uma ameaça da qual devemos fugir, mas uma ocasião para o cuidado e a atenção. O que demanda cuidados é, repito, o que o corpo pode se tornar, o que ele pode vir a ser.

O processo de exposição das virtualidades convida os indivíduos a conceber o próprio corpo como se ele exigisse certa cota de trabalho ou de elaboração. O sujeito se percebe como matéria ainda não acabada, que contém possibilidades de resolução e sobre a qual ele pode intervir. O virtual demanda o trabalho sobre si na medida em que ele torna o *si* dependente de determinado número de ações ou escolhas. Podemos supor, então, que alcançamos o controle absoluto sobre o nosso ser?

Essa seria uma conclusão apressada. Se antes nossas ações não dependiam exclusivamente de nós, hoje não depende de nós que a ação dependa de nós. Somos, mesmo se não agimos, agentes involuntários do porvir. Não agir tornou-se uma ação no momento em que os sujeitos se tornaram responsáveis pelo que podem vir a ser. Um exemplo: se sei que virtualmente posso ter um câncer no estômago e que, também virtualmente, posso evitá-lo se tomar certas precauções, mesmo que não as tome, permaneço responsável. Ao sermos informados sobre nossas virtualidades, nos é dado o poder de programarmos a própria forma futura e, no entanto, essa mesma informação nos constrange a uma responsabilidade que, por sua vez, não está sob nosso poder. Michel Serres (1992: 245-247) diagnostica nesse ponto uma transformação no limite que separa o que depende do que não depende de nós. Quando, como quer o autor, a necessidade passa a habitar o mesmo campo de nossa liberdade, nossas ações tornam-se condição do porvir. No entanto, “não depende de nós que tudo dependa de nós” (Idem: 250). Essa responsabilidade, esse poder decisório diante do corpo, da dura-

ção da existência, de nosso ser, enfim, torna-se um trabalho de produção continuada.

A questão que nos aflige hoje é, portanto, o que podemos vir a ser, e não mais o que condicionou nossa forma atual. Cabe-nos agora gerir os efeitos do que fazemos no presente. É isso que requer cuidado, atenção, controle. Trata-se, sim, de programar e calcular indefinidamente o que podemos vir a ser – gestão permanente dos possíveis. As informações sobre as virtualidades demandam ações e escolhas que se orientam não pelo que somos verdadeiramente, mas pelo que se apresenta como o nosso (ser) possível. Tais informações não se esgotam na antecipação das virtualidades; antes, veiculam os meios de gerir-las. A articulação das tecnologias biomédicas com os meios de comunicação constitui o campo de legitimação das regras, preceitos e poderes que cercam as questões contemporâneas acerca da virtualidade.

3 O biopoder nos meios de comunicação

A divulgação do saber biomédico pelos meios de comunicação engendra uma tecnologia de poder na qual é a vida, a saúde e a morte dos indivíduos que estão em jogo. Não é a primeira vez que o poder se encarrega desses objetos. O poder pastoral⁸ foi o início de uma engrenagem em que o governo dos homens tinha por tarefa velar pela salvação de todos com base em um cuidado e um controle de cada um em particular. Esse poder individualizante e voltado para a vida e a salvação encontrou continuidade, apesar das modificações, no Estado moderno. De ovelhas no interior de um rebanho em deslocamento, os indivíduos passaram a ser concebidos como elementos vivos de uma população. Inaugura-se a era do biopoder, na qual a vida e a saúde dos cidadãos tornam-se um elemento de peso para o Estado. O desenvolvimento das ciências humanas e das instituições modernas constitui uma tecnologia de poder e de saber que conju-

⁸Sobre as noções de poder pastoral e de biopoder na obra de Michel Foucault, ver Foucault, 1994a, 1994b, 1994c, 1994d e 1994e.

ga mecanismos de regulação das populações e de adestramento dos indivíduos.

O terceiro episódio da história do poder individualizante e centrado na vida e na saúde dos homens é o que estamos vivendo hoje. Somos os espectadores de um biopoder cuja força e suporte não são nem a religião, nem o Estado e suas instituições, mas as biotecnologias e sua presença nos meios de comunicação. Na passagem do poder pastoral para o biopoder moderno vimos que houve uma mudança de objetivo quanto à saúde dos indivíduos e uma articulação inédita entre política e história: em vez de assegurar a salvação em uma outra vida, era preciso construir a saúde neste mundo, sem perder de vista a utilidade dos indivíduos para o Estado. As estratégias e ações desse último seguiam uma racionalidade própria à arte de governar, que devia fazer funcionar a vida dos indivíduos de modo a aumentar a potência do Estado-nação em um quadro extensivo e competitivo.

Na atualidade, ocorre uma outra mudança de objetivo e, por conseqüência, altera-se a relação entre a política e a história. A vida e a saúde dos indivíduos tornam-se um fim em si mesmas. O que pode estar para além da vida individual é ainda a própria vida – a terra, as espécies, a humanidade. Quanto à articulação entre política e história, trata-se de maximizar o prestígio do governo, realidade ainda mais suscetível a variações e com um tempo de vida ainda mais indefinido que o do Estado. O que está em jogo não é mais a expansão geográfica, mas a propagação da imagem. Entramos, segundo Debray (1993: 98-101), na era do teleestado. A força do governo depende da força da imagem que, por sua vez, depende, dentre outras coisas, do grau de atenção que dedica aos indivíduos. Estes também mudam de estatuto: de elementos vivos no interior de uma população que precisa ser regulada passam a indivíduos vivos no interior de uma platéia que precisa ser seduzida.

Diante da crise do Estado e das instituições que ancoravam o biopoder moderno, o que nos permite pensar a permanência, na atualidade, de um poder individualizante e centrado na vida?

De que maneira e por quais razões os indivíduos se vêm hoje como se devessem cuidar de sua vida e de sua saúde? Que princípios lhes são impostos ou prescritos e onde reside sua validade? Qual é, enfim, o modo de assujeitamento que hoje vigora? Não é mais no espaço fechado da escola, do hospital ou do asilo que os indivíduos são convidados, incitados ou obrigados a se encarregarem da saúde. É no espaço aberto dos meios de comunicação que tal apelo tem lugar.

A mudança do espaço implica alterações nos procedimentos. Na modernidade eles visam a normalização e conciliam, para tanto, técnicas de individualização (adestramento e enunciação de si) bem como mecanismos globalizantes (regulação das populações). Tais procedimentos implicavam uma dupla relação com a verdade: era necessário conhecer os indivíduos e incitá-los a conhecer a si próprios. O sexo era, como sabemos, matéria privilegiada dessa relação com a verdade, pois se apresentava como o lugar de articulação entre a vida e a morte, entre o indivíduo e a sociedade, e também o lugar de embate entre o involuntário e o voluntário ou entre o sujeito e ele mesmo.

Na atualidade, os procedimentos visam menos a normalização que a responsabilização. A função deles é informar mais que curar. A gestão de si, do corpo e da saúde implica, portanto, o contato e o acesso à informação, e não mais uma relação de produção ou desvelamento da verdade. Em uma palavra, o par norma-verdade é substituído pelo par informação-responsabilidade. Se os homens modernos reconheciam na norma o princípio que ordenava e exigia uma relação de verdade de si para consigo, a informação alarmista dos riscos de doença e de morte ordena uma relação de responsabilidade de si para consigo.

Michel Serres caracteriza essa responsabilidade diante do corpo, da vida e da morte como efeito das transformações ocorridas no campo das tecnologias e das ciências atuais. Estaríamos saindo de um mundo sem perdão, onde nossos infortúnios e penas eram em grande parte determinados por uma necessidade

voraz que não dependia de nós, para ingressar em um mundo onde somos senhores do que antes nos subjugava. “Tornamo-nos os decisores trágicos da vida *ou* da morte, os mestres das maiores figuras da antiga dependência: Terra, matéria e vida, tempo e história, humanidade, bem e mal...” (Serres 1992: 248-249). A necessidade, que antes habitava as coisas, o mundo, o tempo, se encontra agora no interior do nosso controle – “ela habita a nossa liberdade” (Idem: 249).

Essa estranha parceria entre necessidade e liberdade nos torna terrivelmente responsáveis na medida em que tudo (e o todo) depende de nós. Passamos, sem nos dar conta, do poder ao dever: quando a ciência e as técnicas que lhe são associadas nos concedem todos os poderes, vemo-nos, de imediato, como se devêssemos administrar esse poder. A epidemiologia dos fatores de risco é um bom exemplo: no momento em que ela divulga que minha saúde e doença dependem de certo tipo de alimentação, de exercícios e de ritmo de vida, torno-me responsável por minha vida e minha morte – eis aí o poder transformado em dever. Quantas não são as pessoas que sentem uma obrigação quase moral com a ginástica, a dieta etc.

No âmbito da saúde e da vida dos indivíduos, esse procedimento de responsabilização é regido pela junção dos saberes e técnicas biomédicas com os meios de comunicação. Na modernidade, eram as ciências humanas e sociais que fundavam um saber sobre a norma e constituíam, no interior das instituições ou do consultório, um espaço onde os indivíduos eram simultaneamente tomados como objeto de conhecimento e incitados a conhecer e transformar a si mesmos. A biologia e a medicina substituem as ciências do homem e da sociedade, e encontram espaço de intervenção na veiculação midiática de suas pesquisas e descobertas.

As informações sobre as virtualidades do corpo, constantemente associadas ao risco, consolidam a relação de responsabilidade consigo. O biopoder contemporâneo, sustentado pelos meios de comunicação e pelas tecnologias biomédicas, define-

se como um poder sobre o poder-ser. São dois os níveis de sua atuação: o primeiro é a própria produção de possíveis ou virtualidades – a genética e a epidemiologia lhe conferem grande visibilidade e os meios de comunicação garantem sua publicidade – e o segundo é a intervenção técnica ou controle sobre os possíveis. Diante da informação sobre o que pode vir a ser o seu corpo, sua vida, sua doença, os indivíduos se percebem como se pudessem e deveriam geri-los.

A própria divulgação do saber biomédico e do poder técnico que ele concede aos indivíduos já é suficiente para engendrar a responsabilização. Contudo, há algo na forma e na natureza dessas informações que confere à responsabilidade consigo um caráter singular: ela conjuga prevenção, moderação e hedonismo. Começamos pelo primeiro aspecto: a prevenção. Por que razão a responsabilidade diante da saúde e da doença, que a princípio significa apenas que elas dependem de nossas escolhas e ações, está tão associada à idéia de que devemos nos prevenir? É no discurso do risco que essa imagem encontra sua justificativa. A medicina preditiva sustenta a face tecnocientífica desse discurso e os meios de comunicação se encarregam de sua disseminação pelo corpo social. A informação alarmista dos riscos engendra uma relação ambígua de temor e controle com a doença, o envelhecimento e a morte. Eles são exaustivamente anunciados como a nossa sombra e, ao mesmo tempo, como se pudessem ser evitados ou adiados. A informação é simultaneamente atemorizadora e acalentadora – “o mal nos ronda e nos habita, mas podemos evitá-lo”.

Ar poluído, água maltratada, falta de saneamento básico e liberação de gases químicos ceifam os anos de vida [...] É possível, porém, diminuir os efeitos das toxinas ambientais consumindo nutrientes da família dos antioxidantes: vitamina E, vitamina C, betacaroteno [...].⁹

Dessa forma, a informação, e não a verdade (da norma), legitima o cuidado consigo na medida em que anuncia as virtualidades

⁹ In *O Globo*, 8/8/1993.

como um perigo do qual se pode esquivar ou que se pode retardar. Na imagem antecipada da doença e da morte reside a validade do princípio de gerir a vida. A saúde dos indivíduos, concebida como um estado sempre ameaçado, seja por fatores internos ou externos, requer constante atenção. Todavia, a mesma informação que a torna fragilizada fornece os dados e as causas de sua possível degradação, dotando-a, assim, de instrumentos que permitam cálculos estratégicos que garantam a sua manutenção pelo período mais longo possível. A prevenção se configura como a melhor maneira de manter ou prolongar a saúde na medida em que o embaite contra a doença se torna uma luta contra o tempo. É necessário evitar no presente tudo o que possa contribuir para que o que se encontra em estado de virtualidade venha a se atualizar.

Em busca do fim da velhice [...] diversos especialistas em todo o mundo se dedicam hoje a algo que pode se revelar muito mais revolucionário: entender os mecanismos que levam à deterioração das células e moléculas do corpo humano e descobrir as formas de barrar tal processo. Ou seja, não se trata mais de curar enfermidades mas sim de garantir uma vida mais longa.¹⁰

Consumidores de vitaminas têm chances de aumentar em 30% a duração de suas vidas [...] Denhem Harman, pai da teoria dos radicais livres [...] defende o uso das vitaminas para retardar o envelhecimento e evitar doenças degenerativas.¹¹

A prevenção inclui, segundo a lógica do risco, a moderação. Quando não se aconselha a distância absoluta do inimigo (o fator de risco), recomenda-se uma relação moderada para com ele. O sol, o álcool, o açúcar, as carnes vermelhas, dentre outros, são aceitáveis se bem dosados. O regime é, para os que desejam zelar por sua saúde, palavra de ordem.

Pesquisa feita em 63 países revela que 70% dos brasileiros avaliados têm acúmulo de gordura abdominal e que, por isso, podem sofrer doenças cardiovasculares.¹²

Uma pesquisa da Associação Dietética Americana revelou que, em comparação com um ano atrás, nada menos que 83% dos homens estão cuidando com maior atenção do que comem, 39% comem mais vegetais e 18% abandonaram de vez o *fast-food*. Essas providências são essenciais, já que comida gordurosa e falta de vegetais são fatores que aumentam o risco de doenças cardíacas que afetam mais os homens.¹³

A carência de minerais pode ser o fator desencadeante de uma série de doenças. A falta de cálcio, por exemplo, pode levar, com o tempo, à osteoporose; a deficiência de ferro, à anemia; a falta de potássio pode diminuir a atividade muscular [...] para prevenir as doenças, é preciso manter uma alimentação balanceada, com todos os nutrientes em proporção adequada.¹⁴

Nota-se que uma *diet'ética* se configura como regra do bem viver. Não que o excesso seja, em si mesmo, condenado como indigno. Ele só se afigura como negatividade ao estar relacionado à morte e à má aparência. Se o regime contemporâneo impõe certas restrições aos indivíduos e prescreve a adoção ou eliminação de certos hábitos e comportamentos, o que se visa não é tanto um adestramento dos costumes e sim um prolongamento da existência. Se percebemos certa padronização dos comportamentos no que diz respeito ao corpo e à saúde, isso é efeito de uma obstinação em adiar indefinidamente o nosso limite, e não mais de uma pedagogia dos desejos, dos prazeres e das condutas. O bem viver proposto na *diet'ética* é, em última instância, muito viver: a boa vida é aquela que vai o mais longe possível.

As regras da *diet'ética* são prescritas em nome do interesse dos indivíduos – direito a não sofrer, a não adoecer, a não morrer prematuramente... A gestão de si não é, portanto, regida por injunções de adequação à norma nem por mecanismos mais sutis de conhecimento da verdade do desejo. A responsabilidade com o corpo e a saúde encontra sua validade no apelo ao bem-estar e ao hedonismo. Se ela exige, como visto, moderação, sua função não é reprimir o prazer, mas promover as condições de um

¹⁰ In *O Globo*, 5/3/2006.

¹¹ In *Jornal do Brasil*, 26/9/1993.

¹² In *O Globo*, 26/3/2006.

¹³ In *O Globo*, 14/11/1993.

¹⁴ In *O Globo*, 18/12/2005.

prazer sem risco: “sexo sim, mas com camisinha”; “chocolates, tudo bem, mas dietéticos”. O problema não é, pois, o prazer em si mesmo, mas o risco nele contido. A prevenção e a contenção que envolvem a gestão do corpo devem, pois, ser acompanhadas de bem-estar íntimo e da preservação do prazer individual. Essa combinação ilustra um dos aspectos da lógica próprio ao biopoder nos meios de comunicação: cuidar da saúde dos indivíduos sem perder de vista o bem-estar da platéia.

Já pensou que delícia acabar com os radicais livres simplesmente dormindo? O centro de ciências de saúde de Santo Antonio, Texas, acaba de realizar um estudo que revelou que a melatonina – hormônio normalmente liberado pela glândula pineal durante o sono profundo – é uma excelente arma contra os radicais livres, suspeitos de contribuir para a formação de câncer, arteriosclerose e para o próprio envelhecimento. Durma bem e viva mais!¹⁵

Nota-se como a divulgação das pesquisas biomédicas nos meios de comunicação atribui aos indivíduos a responsabilidade de gerir sua doença e sua saúde – uma vez informados sobre nossas virtualidades, tornamo-nos responsáveis pelo que podemos vir a ser. Encontramos, assim, informações sobre as virtudes e perigos dos alimentos, sobre a forma correta de se fazer exercícios, sobre as possíveis causas de certas doenças, sobre os meios de preveni-las ou tratá-las, sobre as armas contra o envelhecimento, sobre os comportamentos adequados e inadequados à saúde etc. Reunidas, elas formam um grande *corpo* coletivo, ao mesmo tempo de todos e de ninguém. Esse corpo, por um lado, porta todas as doenças virtuais de que se tem conhecimento; por outro lado, ele promete ter todos os meios – oriundos da informação – para conjurá-las. Nessa imagem, nesse corpo anunciado pelos meios de comunicação e pelas biotecnologias, reside o princípio que o valida, continente de virtualidades, como objeto de cuidados, regimes, controles. O termo *anúncio* condensa os sentidos, as promessas e os constrangimentos desse corpo visível, programável e publicável.

¹⁵ In *O Globo*, 21/11/93.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANGUILHEM, G. *La santé, concept vulgaire & question philosophique*. Toulouse: Sables, 1990.
- CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas/São Paulo: Papirus, 1994.
- DEBRAY, R. *L'état séducteur: les révolutions médiologiques du pouvoir*. Paris: Gallimard, 1993.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DRUCKER, J. & STOECKEL, P. “L'épidémiologie d'intervention, une spécialité médicale en développement”, in BRISSET, C. & STOUFFLET, J. (orgs). *Santé et médecine: l'état des connaissances et des recherches*. Paris: La Découverte, 1988.
- FOUCAULT, M. “La philosophie analytique de la politique”, in *Dits et Écrits III*. Paris: Gallimard, 1994a.
- _____. “Sexualité et pouvoir”, in *Dits et Écrits III*. Paris: Gallimard, 1994b.
- _____. “Le sujet et le pouvoir”, in *Dits et Écrits IV*. Paris: Gallimard, 1994c.
- _____. “Omnes et Singulatim”, in *Dits et Écrits IV*. Paris: Gallimard, 1994d.
- _____. “La technologie politique des individus”, in *Dits et Écrits IV*. Paris: Gallimard, 1994e.
- RUFFIÉ, J. *Naissance de la médecine prédictive*. Paris: Odile Jacob, 1993.
- SERRES, M. *Eclaircissements*. Paris: François Bourin, 1992.
- _____. “Préface”, in TESTART, J. *L'O euf transparent*. Paris: Flammarion, 1986.