

Risco e pandemias: conflitos de interesse e teorias conspiratórias

Um dos aspectos que considero mais interessantes quando estudamos ou investigamos nas ciências sociais é que uma coisa nunca é apenas uma coisa. Explico-me. Ao escolhermos um objecto de estudo neste domínio, de facto mergulhamos numa fracção da complexa dinâmica social, que, por sua vez, é um corte longitudinal numa estrutura cambiante, vivamente vascularizada e, acima de tudo, enraizada no tempo e no espaço.

Este é o caso do risco, que não é somente um produto do cálculo probabilístico no intuito de mensurar a magnitude e a gravidade dos acontecimentos adversos. Ou seja, uma abordagem sociológica sobre o risco considera os contextos sociais e culturais nos quais o risco é compreendido e negociado. Portanto, enquanto fracção do social, o risco inscreve-se como *dinâmica social de controle dos riscos*, que na saúde se constitui essencialmente através de práticas individuais de cuidados que visam a prevenção, sendo o risco visto como uma consequência das escolhas pessoais acerca do estilo de vida. Desta forma, as autoridades em saúde estabelecem discursos, políticas e acções sanitárias exortando as pessoas a avaliarem o próprio risco

individual de adoecerem e, assim, a mudarem seus comportamentos de acordo com este mesmo risco. A partir desta dinâmica, a saúde pública passa a destacar acções preventivas de auto-cuidado em detrimento de intervenções médicas, centrando-se no que hoje tem sido chamado de *promoção da saúde*¹.

A promoção da saúde refere-se às actividades cujo foco principal é a “administração racional da saúde das populações”, envolvendo práticas e acções que se estendem à maioria dos espaços sociais e urbanos existentes, tais como escolas, empresas, centros comerciais, etc. A ideia é instituir a “saúde positiva”, que, mais do que o tratamento de doenças, visa a prevenção e a promoção de atitudes e ambientes mais saudáveis, isto com o apoio dos meios de comunicação de massa e do trabalho junto às comunidades.

Assim, as políticas adoptadas podem ser desde as mais *conservadoras* até as *mais radicais*. Nas mais conservadoras, a promoção da saúde é apresentada como maneiras de levar indivíduos a assumirem sua responsabilidade pelo próprio estado de saúde, de modo a reduzir gastos públicos com serviços e cuidados médicos. Já as versões mais radicais vêem a promoção da saúde como uma

¹ Lupton, D. (1995) *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.

mudança fundamental na relação entre Estado e cidadãos, na medida em que se evitam as formas médicas institucionalizadas de cuidado e promovendo o uso de recursos em políticas e acções multissetoriais. Neste caso, a promoção da saúde é vista como uma forma de realizar mudanças sociais amplas, segundo a retórica do “desenvolvimento comunitário”, encorajando o “empowerment” dos cidadãos para que, assim, tenham condições de competir com o Estado.

A promoção da saúde pode conjugar estratégias que podem incluir (1) a quarentena e o isolamento; (2) a medicina preventiva; (3) a educação para a saúde; e outras baseadas em políticas públicas de saúde e no “empowerment” comunitário. Contudo, na hierarquia das acções de promoção da saúde, o auto-cuidado e a responsabilidade estariam no topo da lista de prioridades, enquanto os serviços de cuidado à saúde, pelos custos que comportam, estariam no fim. por serem as estratégias mais caras e, portanto, menos desejáveis. Esta hierarquia evidencia um “modus operandi”, que tem como principal objectivo evitar os riscos e os possíveis danos financeiros a eles associados, de modo a diminuir os custos com a saúde e garantir que os cidadãos se mantenham produtivos por mais tempo.

Deste modo, estabelece-se uma racionalidade epidemiológica que configura um tipo de “governo à distância”, que promove a adesão voluntária dos cidadãos à auto-vigilância e ao senso de responsabilidade, no lugar da intervenção directa do Estado². Num jogo que se dá entre a responsabilidade, o controle de si e certa liberdade nas escolhas, esta racionalidade, embora tenha suas bases nos discursos tecnocientíficos, vincula-se a uma moral, na medida em que institui e julga o que é bom ou mau nas posturas e atitudes das pessoas. Como explica Beck, as determinações acerca do risco não defendem abertamente padrões morais, antes fazem-no através de uma moralidade quantitativa, teórica e causal implícita³.

Acredito que não seja muito difícil para cada um de nós perceber de que modo esta racionalidade epidemiológica encontra-se disseminada, quiçá enraizada, social e culturalmente, em especial entre os que têm acesso à informação e possibilidades de escolha. Por exemplo, no Brasil e na Argentina, assim como na Europa também regista-se igual tendência, há cerca de vinte anos, nos centros urbanos, a obesidade tem diminuído entre as pessoas pertencentes às classes sociais mais altas e, por sua vez, tem aumentado entre as pessoas das

² Lupton, D. (1999) *Risk*. London: Routledge, p. 97.

³ Beck, U. (1992) *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage, p. 176.

classes mais baixas, revelando um cenário social curioso em que se distinguem os “ricos magros” e os “pobres gordos”. Também se observa que a associação de um corpo magro à saúde e ao sucesso e do sobrepeso à doença e ao fracasso social pode levar certos indivíduos a formas patológicas de auto-gestão e controle. Por todo o lado, surgem manuais que orientam para estilos de vida saudável e educam para mudanças de hábitos e novas formas de lidar com o corpo e com a vida. Sistemas informáticos e aplicações nos telemóveis também auxiliam na gestão diária da saúde dos indivíduos que com apenas um “click” podem calcular o seu Índice de Massa Corporal ou programar o menu semanal segundo certo número de calorias. Os exemplos são imensos, principalmente no que se refere à alimentação, apontada como uma das principais causas das actuais pandemias de doenças crónicas.

No entanto, a partir da ênfase em estratégias de saúde privadas, pautadas na responsabilidade e nas técnicas de auto-gestão, como se dá a administração da saúde no âmbito colectivo em situações de alegada urgência, como aconteceu mais recentemente no caso da Gripe A? Uma vez que é predominante a ideia de que a doença seria potencializada pelo indivíduo enquanto gestor ineficiente do próprio

cuidado, o que, segundo a promoção da saúde pode ser solucionado pela atribuição e desenvolvimento de competências individuais, de que modo esta lógica viabiliza a uniformidade e a coerência de acções em saúde no contexto de uma pandemia causada por um agente infeccioso?

Mais que respostas, as perguntas suscitam reflexões acerca das relações de causalidade que determinam o actual modelo de governação. Este, ao provocar o esvaziamento do papel do Estado e priorizar a acção e a responsabilidade individual, deixa antever nos contextos de crise que meras orientações ou recomendações não conseguem dar conta do problema. A situação torna-se mais complexa quando as instâncias do Estado, não apenas as responsáveis pela saúde, são confrontadas por outras crises que põem em causa sua própria capacidade de gestão. O que dizer, por exemplo, do facto de que o surto da gripe A na Europa em 2009 aconteceu em simultâneo com uma das maiores crises do mercado financeiro mundial, em relação à qual o Estado é responsabilizado justamente por se ter recusado até mesmo às suas funções de regulação?

Também é preciso considerar que a dinâmica social de controle dos riscos não se configura apenas através de mecanismos formais de

controle, como as políticas e acções em saúde. Um universo de actores, para além do próprio indivíduo, passa a competir com as funções do Estado e podem intervir enormemente nesses processos. Um desses actores é os *media*, que têm um papel de especial relevância, visto que, além de darem visibilidade às diversas narrativas sobre o risco, colocam-se na interface do indivíduo consigo mesmo para o auto-entendimento e o auto-cuidado. Porém, devemos lembrar que os *media*, em sua grande maioria, são de facto empresas que, embora tenham como função a prestação de um serviço aos cidadãos, estruturam-se segundo as regras do mercado. Desta forma, os veículos de comunicação convergem uma multiplicidade de situações, vozes, pontos de vista, leituras e interesses e, não raro, tornam-se vectores de discrepâncias e contradições. Em determinadas situações, tais discrepâncias e contradições podem conduzir a níveis elevados de ansiedade.

É de conhecimento geral que as acções de promoção da saúde são mais direccionadas para as actuais epidemias globais de doenças crónicas: (1) a obesidade, (2) a doença coronária, (3) o AVC, (4) certos tipos de cancro, (5) diabetes, entre outras, cujos factores de risco são considerados evitáveis pelos indivíduos, uma vez que é no

comportamento individual que são localizadas as principais causas dessas doenças. Também para outras epidemias globais de doenças infecciosas, tal como a SIDA, mantém-se em parte a ênfase no cuidado de si e na responsabilidade, na medida em que determinado tipo de conduta é apontado como principal solução de controle dessas doenças. Contudo, para doenças infecciosas como a Gripe A, muito contagiosas e de rápida propagação, as acções preventivas com ênfase no cuidado pessoal e na responsabilidade parecem até mesmo inúteis. Ainda assim, no caso desta doença, houve uma tendência em aplicar-se o mesmo modelo de vigilância e gestão pessoal, o que levou também ao aparecimento de “novas soluções” privadas, tais como as “festas da gripe”, onde as pessoas voluntariamente se expunham ao H1N1 a fim de se auto-imunizarem, e o consumo de antibióticos de forma preventiva. Embora as autoridades em saúde se tenham posicionado contra estes tipos de soluções, considerados irresponsáveis e inconsequentes, podemos afirmar que estas são apenas formas de os indivíduos responderem à “privatização” dos riscos, num universo de possibilidades gerado pela própria lógica de funcionamento das actuais formas de governação em torno da saúde.

Como afirma Nikolas Rose, a cultura do risco caracteriza-se pela incerteza, pluralidade e ansiedade, e assim abre-se continuamente para a construção de novos problemas e para o marketing das novas soluções⁴. Neste âmbito, tomando como exemplo a gripe A, pode-se dizer que o risco mais acentuado da doença se relacionava com o desconhecimento acerca das possíveis consequências do vírus entre as populações. Havia inclusive o receio de que fosse tão ou mais devastador que a gripe espanhola em 1918. Por sua vez, o desconhecimento também gera infinitas interpretações que, em tempos de globalização, se produzem numa inacreditável massa de factos, dados e informações/desinformações. A lógica de funcionamento dos veículos informativos é a da busca constante de dados, informações e factos novos, que muitas vezes, ao contradizer dados, informações e factos anteriormente noticiados, favorecem a ansiedade e a consequente necessidade de um agir individual diante de problemas para os quais não são apresentadas ou estão desacreditadas soluções colectivas. Nesse cenário, não há como não perceber as oportunidades de mercado geradas pela incerteza e ansiedade. Qual foi a receita gerada pelo consumo de álcool gel usado para desinfetar as mãos e

⁴ Rose (1999) *Powers of Freedom: reframing political thought*, Cambridge: Cambridge University Press.

evitar o contacto com o vírus da gripe A? Quantas caixas de Tamiflú foram vendidas na época do surto em Portugal? E de máscaras? E as empresas de análises clínicas que faziam o diagnóstico da doença? Qual foram os lucros gerados nas farmácias e laboratórios? Quantos contratos foram feitos entre governos e organizações comerciais?

Acrescenta-se a isso que, para além do mercado oficial de informação havia o mercado paralelo de narrativas (blogs, redes sociais, entre outros) e em ambos poder-se-ia fomentar o pânico nas populações. Enquanto os ministros da saúde davam declarações em directo de modo a tentar controlar o pânico dos seus cidadãos, falava-se paralelamente no aumento exponencial do número de casos da doença e dos possíveis efeitos secundários das vacinas. Merece destaque, inclusive, o facto de que uma das poucas soluções colectivas propostas em muitos países, ou seja, a vacina, não levou à adesão que se esperava. O fracasso de muitas campanhas de vacinação foi tal que muitas vacinas sobraram e alguns governos tiveram de cancelar parte das encomendas realizadas. No mercado paralelo de informações, havia também vídeos no Youtube ou textos enviados por correio electrónico que diziam de que modo o vírus atendia às necessidades comerciais de certos donos de laboratórios ou às demandas políticas

de estruturas vigentes de poder; como o H1N1 podia ser considerado bioterrorismo; ou que, embora pudesse não ser uma amostra do bioterror, o H1N1 indica que é virtualmente impossível controlar o uso das armas biológicas pelos terroristas.

Nesse sentido, a cultura do risco demonstra ser a cultura da vulnerabilidade. A princípio, os termos “em risco” ou “de risco” tendem a limitar o universo dos indivíduos mais expostos ao risco ou capazes de expor outros indivíduos aos riscos. Indivíduos ou regiões “em risco” ou “de risco” levam a acções e políticas específicas que visam directamente estes indivíduos ou regiões. Isto traduz-se em estratégias focais de segurança, saúde, anti-terror e outras, cujos efeitos tendem a ser muito mais sentidos por certos grupos sociais e em determinados locais.

Entretanto, os riscos globais, em especial os relacionados com a saúde, abrem novos precedentes, na medida em que certos riscos configuram um cenário onde todos passam a ser virtualmente vulneráveis. Logo, as ameaças à saúde colectiva podem traduzir-se facilmente em ameaças à economia nacional, que, por sua vez, podem ameaçar os direitos políticos e civis. No contexto dos estados autoritários, estes podem fazer valer os mecanismos formais e

legitimar suas próprias estratégias autoritárias de governo através da “luta contra o risco”. Nos estados democráticos aparecem em cena as redes de *actores transnacionais*. Como afirma Beck, em tais contextos, a preocupação com a segurança e a exploração política do medo autoriza os estados a recorrer às instituições globais e às suas competências e, assim, violar as liberdades individuais sem receio de protestos⁵. Os chamados regimes de exceção ou planos de contingência, já realidade em situações de riscos de ataques terroristas ou de surtos epidémicos, são apenas algumas das formas como actualmente se podem traduzir as regulações globais no nível local ou nacional.

Assim, vê-se que as questões que se colocam no contexto do risco são muito amplas e não estão restritas às questões da saúde. Também é importante notar que, ao observar o risco através de uma abordagem sociocultural percebemos que ele tornou-se um *conceito cultural e político* central através do qual indivíduos, grupos sociais e instituições são organizados, monitorizados e regulados. Enquanto conceito, o risco destaca-se por sua elasticidade, na medida em que legitima estratégias bem distintas de controle, que são convenientemente aplicáveis conforme as necessidades de

⁵ Beck, U. (2009) *World at risk*. Cambridge: Polity Press.

governança. Desse modo, embora os saberes e as narrativas acerca do risco promovam a liberdade, a auto-gestão e a responsabilização do indivíduo a partir de técnicas de auto-vigilância, nas situações onde há riscos globais o risco também favorece ações nas quais os direitos e as liberdades individuais podem ser suprimidos, legitimando, através de instrumentos racionais, a criação de novos espaços de violações éticas e dos direitos individuais.