



COMUNICON2018
congresso **internacional**
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

Ao vencedor, as bandagens: apontamentos sobre a moralização da saúde a partir dos campos da Comunicação e do Consumo.¹

Marília D. Pereira²

ESPM

Resumo

A partir dos campos da Comunicação e do Consumo, este artigo investiga se e de que maneira o consumo assume uma dupla função no contexto de moralização da saúde nos estados mínimos. Primeiramente, como performance identitária dos "cidadãos responsáveis" que assumem a gestão de seus corpos, saúde e envelhecimento. Segundo, como mecanismo para o desenho de populações desviantes, para as quais são aplicadas sanções econômicas e sociais com vistas à manutenção de um corpo social saudável. Como apontamentos, propomos que o próprio corpo é consumido nesse processo de busca de métricas saudáveis, ideais e universais, o que culmina para o esvaziamento da ética como julgamento individual entre vícios e virtudes na busca de uma completude que é sempre subjetiva e inalienável.

Palavras-chave: comunicação; consumo; identidade; biossociabilidade; ética

Contextualização Demográfica, Política e Ideológica.

A proposta de discutir a moralização da saúde na contemporaneidade a partir dos campos da Comunicação e do Consumo se fundamenta na relação estabelecida entre os hábitos de consumo e a construção e comunicação de uma identidade do indivíduo saudável, que passará a identificar aquele que se credencia para o "ideal de cidadão responsável nas sociedades neoliberais" (LUPTON, 2013, p. 239). Duas variáveis contribuem para esse processo: a passagem do *Welfare State* para o Estado Mínimo e o processo de envelhecimento da população global.

A partir da observação de uma profunda mudança no papel do Estado, Sennett (2006) identifica, desde a década de 80, o declínio do "Capitalismo Social", no qual os cuidados com saúde e bem-estar eram concebidos como direitos universais e como deveres do Estado. Em seu lugar, e como tendência global, desenvolve-se a noção de "Estado Mínimo" que reconhece o mercado como

¹ Trabalho apresentado no Grupo de Trabalho 4, do 7º Encontro de GTs de Pós-Graduação - Comunicon, realizado nos dias 10 e 11 de outubro de 2018.

² Dotoranda em Comunicação e Práticas do Consumo pelo PPGCOM-ESPM. Email: mariliaduque@gmail.com



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

regulador da economia e imputa aos indivíduos, investidos agora de autonomia, a responsabilidade pela manutenção de suas necessidades como cidadãos (SLATER, 2002).

É neste cenário que as iniciativas de Telecare ou e-Health despontam com a promessa de eficiência e redução de custos com a saúde a partir de inovações tecnológicas desenhadas para um sistema de *participatory health*, centrado nos próprios pacientes, que passam a responder ativamente pelo seu tratamento, e inclusive, em última instância, pela prevenção de doenças e manutenção da saúde (POLLS, 2012; OUDSHOORN, 2011). Como nas organizações flexíveis teorizadas por Sennett (2006), nas quais os empregados devem ter iniciativa e desenvolver talentos especiais a fim de galgar seu próprio sucesso e sobrevivência, também os cidadãos são convocados a assumirem o papel de "empreendedores de si mesmos", de suas vidas e, principalmente, de sua saúde, bem-estar e envelhecimento (SWAN, 2012). Em última instância, cabe ao cidadão consciente, investido de autonomia, cuidar para manter-se funcional e produtivo.

Essa convocação baseia-se no empoderamento do sujeito, que passa a ser representado como alguém que deseja assumir essa responsabilidade e se engajar espontaneamente no monitoramento de seu corpo e na normatização de seus hábitos e comportamentos (LUPTON, 2013), cujos consumos cunharão, como propõe Swan (2012), a própria identidade de um "biocidadão". Se a moralização da saúde no Estado Mínimo pressupõe um imperativo da autonomia, é pertinente que se crie um projeto específico e disciplinatório para a população idosa. Primeiro porque, como aponta Pols (2012), esse é o contingente no qual as doenças crônicas são mais frequentes. E segundo porque essa parcela da população cresce notoriamente em todo o mundo, como aponta o relatório World Population Age³ (ONU, 2015), que relaciona o envelhecimento populacional global com a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida, ambos associados ao desenvolvimento econômico e aos avanços da própria medicina.

Entre 2015 e 2030, por exemplo, o crescimento da população com mais de 60 anos é estimado em cinquenta e seis por cento, passando de 901 milhões para 1,4 bilhão. Em 2050, a projeção é que esse contingente duplique, atingindo o marco de 2,1 bilhões de pessoas. Esse envelhecimento será ainda rápido em países da África, Ásia, Caribe e América Latina, se comparado por exemplo à

³ World Population Ageing Report ONU (2015). Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf>. Acesso em 28 Jun. 2017.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

Europa, onde a queda nas taxas de natalidade já era observada desde 1950. É o caso do Brasil, que assistirá, segundo projeções, sua população com mais de 60 anos crescer de 24 milhões para 66 milhões em 2050⁴. Uma das consequências desse envelhecimento, altamente explorada como justificativa para as iniciativas do modelo de *participatory health*, é que o próprio contingente médico não acompanhará proporcionalmente esse crescimento (POLLS, 2012). Esse crescimento traz também impactos econômicos com a previsão de que a população economicamente ativa não gere contribuições suficientes para a manutenção dos aposentados, culminando para o discurso emergente da necessidade da revisão da previdência social, como argumentado no relatório Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece⁵ e refletido no projeto de leis Reforma da Previdência⁶, proposto pelo Governo Temer, em trâmite desde 2016.

Neste contexto, desde 1998, data de publicação do livro fundador da ideologia do *Successful Ageing* norte-americana (de autoria de Rowe e Kahn), desenha-se um regime disciplinatório específico para o envelhecimento fundamentado em três pilares: evitar adoecer, manter as funções mentais e corporais e manter-se engajado com o projeto de vida, o que inclui relacionar-se com outras pessoas, mas também a manutenção de um comportamento positivo – cujas demandas se espalham do social para o econômico (CALASANTI E KING, 2017). Desta forma, tanto o discurso do saudável (LUPTON, 2013) quanto o projeto do Successful Ageing (CALASANTI E KING, 2017) baseiam-se em um modelo de manutenção da autonomia e funcionalidade do indivíduo, priorizando a prevenção de doenças. E se o e-Health configura o ecossistema tecnológico e comunicacional centrado no paciente-protagonista, seu subsegmento de Mobile Health (m-Health) capacitará o indivíduo para um automonitoramento de seu corpo e correções diárias de seus hábitos e consumos, através de aplicativos conectados a smartphones e gadgets que permitem a medição, datatificação e visualização de métricas de quase tudo: desde índices biométricos, passando por horas de sono e níveis de stress.

⁴ Centro de Estudos e Debates Estratégicos Consultoria Legislativa (2017). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/brasil-2050-os-desafios-de-uma-nacao-que-envelhece/view>>. Acesso em 28 Jun. 2017.

⁵ Idem 2

⁶ Carta Capital (2017). Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/entenda-a-nova-proposta-de-temer-para-a-reforma-da-previdencia>>. Acesso em 28 Jun. 2017.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

Com essa potência e abrangência, considerando que o imperativo da autonomia encontra e terceriza os meios viabilizadores de uma autogestão, passaríamos então de um *dever-fazer* (convocação/ideologia) para um *poder-fazer* (empoderamento/tecnologia) e dele para um segundo *dever-fazer* (engajamento/correção). A proposta desse artigo é de que esse processo vai impactar o consumo de novos estilos de vida, de produtos e serviços e, principalmente, dessas novas tecnologias, que funcionarão para a construção e comunicação de uma identidade saudável imposta, normativa e discriminatória. Por conseguinte, esses consumos serão implicados no mapeamento de populações de risco, distribuindo gratificações e sanções relacionadas à moralização da saúde.

Consumos na Construção da Identidade Saudável.

Diversos autores vislumbram no ato de consumir uma prática para construção identitária, porque o consumo materializa uma subjetividade, comunicando os valores simbólicos com os quais o indivíduo se identifica e pelos quais deseja ser reconhecido pelo outro (SLATER, 2002; BACCEGA, 2015). Nesta perspectiva, com o conceito de *habitus*, por exemplo, Bourdieu (2013) relaciona o consumo com o conjunto de pré-disposições formadas no âmbito de classe a que pertence o sujeito e cujo pertencimento o sujeito reafirma ao consumir, transformando os objetos de consumo ao mesmo no suporte para sua distinção de outras classes sociais e para o reconhecimento de sua identidade por seus comuns. Baudrillard (1992), por sua vez, reconhece a flexibilização do consumo de classe na pós-modernidade e propõe que a identidade se dê como performance de estilos de vida (como aparência), concretizados na potência simbólica e sinalizadora dos objetos, cujo consumo visa mais a diferenciação do que o pertencimento. E, juntamente com ele, Slater (2002) vê na identidade performada pelo consumo a possibilidade de mobilidade e aspiração social, através da qual o indivíduo torna-se livre para ser aquilo que pode comprar, forjando sua identidade através de mercadorias-signos, cuja posse aciona o sistema de signos como um todo: "em termos mais contemporâneos, compra-se um modo de vida, uma vez que a compra de qualquer signo-função evoca todo o sistema de significado" (SLATER, 2002, p. 143).

Bauman (2008) vai consolidar essa liberdade pós-moderna em sua tese de uma "modernidade líquida", marcada pela transitoriedade universal e pela identidade mutável e flúida, mas baseada agora no consumo desenfreado do novo como estratégia que combina dois fins: conferir



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

autenticidade e, ao mesmo tempo, postergar a própria obsolescência do sujeito. Com essa perspectiva, Bauman (2008) desenha um novo sistema classificatório que identifica, via consumo do novo, quem é e quem não é o descartável. Nossa hipótese é que, no contexto de moralização da saúde, o saudável substitua o novo, constituindo-se como a categoria de consumo capaz de definir quem é e quem não é descartável em um projeto de sociedade na qual a manutenção da autonomia do corpo é vista como virtude e a doença como um estigma. Como reiteram Neff e Naufus (2016), ter um comportamento identificado como "não-saudável" significa estar em discordância com as normas sociais de um mundo medicalizado e implica uma obrigatoriedade de intervenção – *via consumo, propomos*.

Colaborando com essa visada, elencaremos a seguir alguns estudos que relacionam o consumo com o desenho de identidades saudáveis e não-saudáveis. Antes, entretanto, é relevante pontuar que a identidade do cidadão "não saudável" é identificável a partir de consumos vistos como "não saudáveis", mas também a partir do não-consumo de produtos, ou da ausência de consumos de serviços, tecnologias e rotinas filiadas ao ideal do saudável. Neste sentido, esses consumos e não-consumos, caracterizadores de comportamentos desviantes, funcionam como estigmas quando identificados. Ao contrário dos símbolos de prestígio, os símbolos de estigma são um atributo negativo e depreciativo que tende a contaminar toda a identidade do indivíduo. Seu caráter estereotipante e potente se sobrepõe a outras características e virtudes, desconsiderando o retrato global do indivíduo e reduzindo seu valor como ser (GOFFMAN, 1982). No contexto de moralização da saúde, como veremos a seguir, a identificação de um consumo desviante acionaria então um estigma que contamina toda a identidade do cidadão, que falha na manutenção de sua saúde e autonomia, mostrando-se incapaz de exercer o ideal cultural de empoderamento (NEFF E NAUFUS, 2016).

Oudshoorn (2011), por exemplo, trata dos "non-users", termo usado pelos desenvolvedores e provedores de iniciativas de *e-Health* para identificar os pacientes que tinham resistência ou se recusavam a adotar suas tecnologias, preferindo o tratamento em clínicas tradicionais. Neste caso, ser identificado como um "non-user" é também ser estigmatizado como pessoa irresponsável, uma vez que o não-consumo dessa tecnologia inviabiliza a alternativa capaz de reduzir os custos do estado e otimizar a eficiência do atendimento. Além de irresponsáveis, os "non-users" eram também vistos como incompetentes, porque se tratavam de pessoas idosas, as quais automaticamente foram



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

contaminadas por uma segunda deficiência: a do iletramento digital, forte estereótipo na faixa etária. Apesar dos "non users" deste estudo terem declarado outros motivos para a não-adesão aos tratamentos de Telecare (eles associavam o monitoramento contínuo a um tipo de vigilância constante, que não só invadia a privacidade de suas casas, como concedia às suas doenças uma onipresença em suas rotinas diárias) esse não-consumo contaminou sua identidade global como cidadãos.

Ao analisarem as políticas de *Active Aging* na Dinamarca, Lassen e Jepsen (2017) também sinalizam a resistência de alguns idosos que não querem se colocar "sob administração" por conta de algumas doenças, desenhando estratégias únicas para o gerenciamento pessoal de seus ideais de envelhecimento. Alguns dos participantes afirmam não se identificar com "o novo ideal para o envelhecimento", no qual o simples fato de manter-se ativo garantiria a solução dos problemas de envelhecimento, tanto para o indivíduo, quanto para a sociedade. Disso decorre "um imperativo da atividade", tanto física quanto mental, no qual o declínio na autonomia (natural da idade) também é visto como consequência de um estilo de vida não-saudável ou como falha na autogestão da saúde e/ou reabilitação da autonomia. Neste último caso, caberia aos cuidadores "incentivar a motivação dos cidadãos", sendo a falha na recuperação creditada à falta de motivação do idoso (estigma de fraco). Segundo o estudo, há entre os idosos o desejo de se manterem ativos, mas não nos parâmetros determinados pelas autoridades.

No que toca as populações economicamente ativas, Neff e Naufus (2016) abordam como o uso de aplicativos de monitoramento do corpo (*m-Health*) podem funcionar como dispositivos de controle nos ambientes de trabalho. Passando de decisão do empregado à imposição do empregador, esse uso imperativo, conceituado pelos autores como *pushed-tracking*, diz respeito à impossibilidade de um não-consumo dos aplicativos de monitoramento ou de uma não-adesão a políticas de bonificação baseadas em informações biométricas fornecidas pelos empregados. Trata-se, portanto, de um monitoramento forçado, decorrente de pressões sociais ou morais ou financeiras. Ou, como propõem os autores, trata-se da passagem do *self-tracking* (monitoramento de si mesmo) para o *other-tracking* (monitoramento pelo outro). A americana *Safeway*, por exemplo, utiliza desde 2014, a plataforma de saúde e bem-estar para funcionários *Keas*, que converte as métricas obtidas por monitoramento em recompensas financeiras para os funcionários e seus familiares, como descontos



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

nas franquias do seguro de saúde. O monitoramento vai desde a metrificação de seus índices de massa corporal, de pressão arterial, de colesterol, incluindo um programa antitabagismo⁷.

O problema se torna ainda maior quando o acesso imposto às métricas do corpo passa a ter caráter discriminatório nas políticas de admissão, promoção e demissão das empresas. Como resposta a essas práticas, e com o intuito de limitar a obrigatoriedade de informações de saúde demandada pelos empregadores aos seus empregados e cônjugues, a nova legislação aprovada pela Comissão de Oportunidades Iguais de Trabalho (*The Equal Employment Opportunity Commission – EEOC*) começou a vigorar a partir de 2017, incluindo prerrogativas definidas pelo Ato pelos Americanos com Deficiências (*Americans with Disabilities Act – ADA*) e pelo Ato Contra Discriminação de Informações Genéticas (*Genetic Information Nondiscrimination Act – GINA*). Voltaremos a esse ponto posteriormente, ao analisarmos os consumos específicos de aplicativos de *m-Health*. Entretanto, cabe pontuar desde já um direcionamento jurídico que reconhece as práticas discriminatórias de uma "deficiência" que não é fisicamente reconhecível apenas, mas é também genética e biométrica.

Essas práticas são possíveis pelo monitoramento do corpo, mas também pelo mapeamento de consumos aplicados no desenho de perfis de consumidores. Recentemente, por exemplo, suspeita-se que os consumos efetivados nas farmácias do Brasil sejam contabilizados e compartilhados com terceiros, como provedores de planos de saúde suplementar. Neste sentido, a partir de programas que registram um documento identificador fornecido em cada consumo em troca de descontos, seriam mapeadas populações potencialmente não-saudáveis, as quais seriam penalizadas com custos mais altos de cobertura e sinistro⁸. Essa mecanismo pode ser melhor entendido quando assumimos o consumo como um sistema informacional, como proposto por Douglas e Isherwood (2004).

Segundo estes autores, consumir algo é tornar-se possuidor de um tipo de marcador que credencia o indivíduo para pertencer a certos círculos sociais, grupos ou comunidades. O marcador funciona nesse sentido como sinal de um pertencimento que, ao ganhar visibilidade, torna-se para o outro também componente da identidade de seu possuidor. Neste sentido, medicamentos podem

⁷ MobileHealthNews (2014). Disponível em: <<http://www.mobihealthnews.com/4808/insurance-discounts-for-healthy-safeway-employees/>> Acesso em 28 jun. 2017.

⁸ PORTAL G1 (2018). CPF em troca de desconto: mp investiga venda de dados de clientes por farmácias. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/cpf-em-troca-de-desconto-mp-investiga-venda-de-dados-de-clientes-por-farmacias.ghtml>> acesso em 06 abr. 2018.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

funcionam como marcadores depreciativos: dos diabéticos, dos hipertensos, dos enxaquecosos, dos depressivos, dos hipocondríacos e daqueles que, por doenças congênitas ou por estilos de vida desviantes, encontram-se na categoria dos "não-saudáveis". Da mesma forma, cigarros, bebidas, açúcares e gorduras podem ser vistos como marcadores depreciativos, como vícios, a partir dos quais é possível fazer um julgamento moral daqueles que se recusam a aderir às práticas saudáveis. Em um e outro exemplos, o consumo desses marcadores pode contaminar toda a identidade do indivíduo, estigmatizando-o como cidadão irresponsável ou como risco potencial para a manutenção da sociedade saudável.

Bio-marcadores: do Consumo ao Corpo Consumido.

Até agora, fizemos uma distinção entre consumos e não-consumos e como ambos são constituintes da performance identitária do saudável. Cabe agora matizar as implicações específicas do consumo de aplicativos de monitoramento (*m-Health*) nesse processo, bem como o consumo do próprio corpo na busca de marcadores ideais que já não são objetos disponíveis para compra, mas índices biométricos a serem atingidos e performados. Estamos pois no âmbito da biossocialidade, quando o projeto de autogestão fundamenta-se no monitoramento de performance e na "criação de modelos de sujeitos baseados no desempenho físico" que obedecem a "critérios de mérito e reconhecimento" (HOFF, 2015, p. 172).

O jornal *The Economist* atualizou o potencial do mercado de *m-Health*⁹, contabilizando 165.000 aplicativos à venda na *Apple Store* e *Google Play* em 2016. Neste universo, uma pesquisa realizada pela BBC, e citada nessa mesma matéria, identificou que grande parte dessa oferta relaciona-se com bem-estar e fitness, auxiliando seus usuários a monitorarem exercícios, hábitos, alimentação e perda de peso. Entretanto, também ressalta o crescimento dos aplicativos direcionados para prevenção e tratamento de doenças e práticas médicas, cujas funcionalidades incluem desde lembretes de medicação até o monitoramento de uma gama expressiva de intercorrências. Os próprios centros de saúde e clínicas já reconhecem a eficiência dos aplicativos de *m-Health* no suporte ao engajamento de pacientes em tratamento de doenças crônicas, despontando como um

⁹ THE ECONOMIST (2016). Disponível em: <<http://www.economist.com/news/business/21694523-mobile-health-apps-are-becoming-more-capable-and-potentially-rather-useful-things-are-looking>>. Acesso em 5 Out. 2016.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

recurso de baixo custo e alta eficiência (BRODERICK & HAQUE, 2015), que possibilita a comunicação com a população-alvo, o acompanhamento de seus comportamentos e a difusão de políticas preventivas (LUPTON, 2013).

Conectados a *gadgets* ou embutidos em smartphones, esses aplicativos acompanham o indivíduo ao longo de sua rotina diária, mapeando e metrificando o corpo durante atividades físicas, durante o sono, durante situações de stress, incluindo também o monitoramento de pressão sanguínea, batimentos cardíacos, taxa de glicose e tantos outros índices biométricos. As performances e reações desse corpo são traduzidas em números para emergirem como *data-doubles*: a conversão de corpos e mentes humanas em fluxos de dados que são reorganizados para visualização com o propósito de promoverem autoconhecimento e de mediar mudanças de comportamentos (corretivas) em prol do controle e da manutenção da saúde e do bem-estar (RUCKENSTEIN, 2014). Essas métricas, chamadas por Lupton (2013) de "*quantified self*", capacitam o usuário desses aplicativos, que passa a conhecer e visualizar a performance de seu corpo em relação a parâmetros tidos como ideais. Essa quantificação do corpo convoca-o a assumir uma responsabilidade corretiva e uma disciplina preventiva (PETERSEN E LUPTON, 1996). Isso implica, como propõem Neff e Naufus (2016), uma obrigatoriedade de intervenção que é ela própria a celebração do ideal cultural de empoderamento que mobiliza os bio-cidadãos: cidadãos de bem, conscientes, responsáveis e em concordância com o imperativo da autonomia das sociedades medicalizadas.

Neste contexto, o consumo de aplicativos *m-Health* funcionaria como marcadores em dois níveis. No primeiro nível, o consumo do aplicativo em si (sua aquisição) formaliza o intuito do usuário em se filiar ao grupo de cidadãos conscientes comprometidos com o monitoramento do corpo na busca pela manutenção da saúde e da autonomia. Como na abordagem original do consumo por Douglas e Isherwood (2004), esses "aplicativos-marcadores" dariam visibilidade a esse pertencimento; mas, para tanto, eles devem ultrapassar os limites do smartphone para se tornarem visíveis ao outro. Lupton (2013) aponta que essa visibilidade é possível pela integração desses aplicativos com websites e plataformas de redes sociais, o que permite que os dados monitorados sejam compartilhados pelo usuário também com seus amigos, familiares, fãs e seguidores, que são convidados a participar desse monitoramento, transformando *real time feedbacks* em *just in time interventions*. Além disso, movimentos como o Quantified Self (NEFF E NAUFUS, 2016), que reúne presencialmente usuários de aplicativos de m-Health para compartilhamento de casos e aprendizado



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

coletivo, colaboram para tornar esses consumos públicos. Em um e outro exemplos, esse consumo com função de marcador materializa e comunica uma virtude partilhada entre os cidadãos responsáveis, todos eles engajados com o projeto do saudável. Nesses casos, trata-se de uma visibilidade voluntária desses marcadores concedida pelos usuários, mas Neff e Naufus (2016) abordam ainda toda a problemática acerca do compartilhamento e apropriação involuntária desses dados pelos desenvolvedores das tecnologias, por médicos e por terceiros, questão que não desenvolveremos nesse artigo, apesar de sua relevância no que toca a privacidade e a monetização desses dados.

Neste contexto, se num primeiro nível o consumo *per se* dos aplicativos de *m-Health* já funciona como um marcador, em um segundo nível, são as métricas ideais, mediadas e mensuradas por esses aplicativos, que assumem o papel de marcadores. Neste nível, por conseguinte, os marcadores não são mais mercadorias-signos (SLATER, 2002; BAUDRILLARD; 1992) que podem ser adquiridas de acordo com poder de compra e desejo do sujeito em sua performance identitária. Eles são índices que só podem ser atingidos pela performance do próprio corpo, consumido ele mesmo nesta jornada corretiva por parâmetros de funcionalidade e autonomia ideais. Neste sentido, propomos, o consumo de aplicativos *m-Health* funciona como mediadores para a obtenção desses segundos marcadores cuja posse simbolizaria o pertencimento efetivo à categoria de cidadãos saudáveis. Ou seja, se o consumo de aplicativos de *m-Health* comunicam compromisso e filiação ao imperativo da autogestão da saúde, o corpo consumido na obtenção das métricas ideais delimita a comunidade daqueles cidadãos que obtiveram resultados concretos nesse comprometimento. É portanto através de seus *data-doubles* (RUCKENSTEIN, 2014) ou de seus *quantified-selfs* (LUPTON, 2013) que eles concretizarão a performance que os credenciam como corpos saudáveis.

Ao analisar a relação de alteridade estabelecida entre as imagens e os corpos, Baitello (2012) aborda as patologias derivadas do desejo desse corpo de se conformar a uma imagem ideal, resultando na "escravidão dos corpos ideais e das medidas-padrão" (p. 91) que caracteriza a "era em que a imagem tenta impor ao corpo seus parâmetros de imagem" (idem). No contexto da moralização da saúde e do monitoramento do corpo pelos aplicativos de *m-Health*, propomos que são os dados que tentam impor ao corpo seus parâmetros de dados. E isso implica uma última questão sobre quem definirá e como serão definidas as métricas-padrão do corpo saudável universal.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

Das Negativas.

Em "*Memórias Póstumas de Brás Cubas*", Brás Cubas, personagem de Machado de Assis¹⁰, também sonha com um "medicamento sublime" destinado a aliviar nossa "melancólica humanidade". Além de megalomaniaco, o "emplastro Brás Cubas" seria um medicamento universal. Mas conceber um medicamento universal pressupõe a descoberta de uma cura universal, ou pelo menos o atingimento de um estado (uma métrica) saudável universalizável. Campbell (2010) argumenta que as experiências subjetivas de saúde e bem-estar não são universalizáveis, mas consequências de um processo histórico, o qual deve ser entendido de uma perspectiva integrada com o contexto cultural constituinte do como os sujeitos gerenciam seus corpos, como lidam com doenças e como administram suas curas. Na mesma direção, a Organização Mundial da Saúde (WHO) define o saudável a partir de uma perspectiva holística, que engloba o bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença¹¹. Isso significa dizer que índices biométricos universais de saúde não correspondem necessariamente a uma experiência universal de completude, de felicidade ou de bem-estar (IZQUIERDO, 2009).

Assumindo que o saudável é sempre um balanço subjetivo, propomos que a moralização da saúde no contexto de *participatory health* (POLLS, 2012) seja uma negativa do próprio exercício ético sobre o consumo – sobre o que é vivenciado como virtude ou como vício por um sujeito – no projeto individual do que seria o ideal de uma vida boa, cuja contabilidade é concebida por Aristóteles como a própria busca da felicidade (ARISTÓTELES, 2004). Neste sentido, esse discurso do empoderamento e autogestão estrutura tanto políticas públicas quanto moralidades sobre um projeto de saudável padrão e normativo, que discrimina os dissidentes e esvazia o livre-arbítrio sobre as práticas de consumo empregadas na performance identitária e na consequente reputação do cidadão, impondo novas categorias de estigmas que englobam o autônomo e o dependente, o responsável e o irresponsável, o produtivo e o descartável.

No mesmo estudo de Lassen e Jepsen (2017) que citamos anteriormente neste artigo, por exemplo, um dos informantes declara que, apesar de frequentar um dos clubes de convivência de sua

¹⁰ Brás Cubas era o "defunto-autor" da obra "*Memórias Póstumas de Brás Cubas*", de autoria de Machado de Assis, publicada em 1881.

¹¹ World Health Organization (2018). Disponível em: <<http://www.who.int/about/mission/en/>>. Acesso em 09 Abr. 2018.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

cidade, de viajar e de nadar 800 metros por dia, ele se recusa a se submeter às dietas e rotinas de exercícios sugeridas pelos médicos em decorrência de sua diabetes tipo II e de sua doença cardiovascular. Ele não abre mão de consumir bebida alcoólica e de ingerir o que gosta, porque reconhece nesses consumos desviantes, vistos pelo estado como irresponsáveis, uma liberdade, ou melhor, um direito conquistado pelo tempo de trabalho e pelo tempo de contribuição previdenciária. Disso se trata o ajuizamento ético entre virtudes e vícios e a percepção de uma vida boa, que é *a priori* subjetiva, mas também intransferível e inalienável.

Isso, como vimos, diz respeito ao consumo daquilo que pode ser adquirido de acordo com o poder de compra ou desejo do indivíduo. Mas há também aquele segundo consumo, o do corpo consumido na busca de métricas ideais que mensurem e confirmem o sucesso efetivo dessa performance do saudável. Neste aspecto, questiona-se também de que forma, por quem e para quem essas métricas universais são definidas. Baitello (2012) questionou o modo como o corpo passou a se assujeitar aos padrões de imagens produzidas na e pela sociedade de consumo. E ilustrou como esses padrões imagéticos não são atingíveis por todos os corpos, ao tratar das doenças (bulimia, por exemplo) que acometem os sujeitos na tentativa de conformação dos corpos. Na metrificação do corpo pelos aplicativos de *m-Health*, cabe a mesma crítica: que dados são esses que seguirão como metas para o corpo saudável ideal, por quem eles são definidos, como eles são traduzidos em códigos e algoritmos e de que forma eles podem resultar em outros estigmas, que identificam doença como falha de caráter e a perda de autonomia na velhice como falta de motivação?

Nesta perspectiva dupla do consumo empregado na construção de identidade do indivíduo mas também na atribuição de reputação ao cidadão, propomos que o automonitoramento (*self-tracking*) e o monitoramento pelo outro (*other-tracking*) (NEFF E NAUFUS, 2016) possam acontecer juntos, gerando uma tripla vigilância: a vigilância de si, a vigilância do outro e a vigilância social, que culmina com políticas discriminatórias de fins higienistas com vistas a conformar, penalizar ou descartar o corpo desviante (improdutivo ou velho ou dependente), identificado ele mesmo como ameaça para um corpo maior, o da própria sociedade. Como vimos com Lupton (2013), esse cenário de vigilância só é possível se houver, no próprio indivíduo, uma aceitação e encarnação da responsabilidade individual pelo consumo de um estilo de vida saudável e pelo monitoramento espontâneo desse corpo consumido. Isso se dá através do discurso de empoderamento do sujeito, mas



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

também pela sua cooptação física e política, como parte de um projeto de estado cuja função é proteger o coletivo da ameaça potencial de um corpo estranho Ihe é interior. Desta forma, mensurando, contabilizando, hierarquizando, configura-se o projeto biopolítico na perspectiva foucaultiana, aquele capaz de criar "leis naturais" que definirão valor e utilidade (LEMKE et al., 2011). É nesse processo normativo, o qual inclui o consumo de estilos de vida saudáveis e o consumo do próprio corpo, que passa a ter nas métricas sua alteridade, que vislumbramos um contingente de perdedores e vencedores.

Se retornarmos ao universo Machadiano, podemos dialogar aqui com Quincas Borba¹², conselheiro de Brás Cubas e filósofo. É dele a criação do Humanitismo, filosofia que acreditava em uma substância única constituinte de toda a criação (*Humanitas*) e na preservação dessa substância pela própria substância. Nesta perspectiva, Quincas Borba afirma, por exemplo, que as epidemias são úteis à espécie porque a morte do grupo doente (os perdedores) assegura a sobrevivência e coesão do corpo maior, mais forte, apto a viver (os vencedores). Nas sociedades medicalizadas, entretanto, não cabe mais a morte como sentença, mas o remédio, aplicado como reabilitação ou estigma. Neste sentido, aos perdedores caberia o emplastro, que é ele mesmo o elemento estigmatizante, a prova de fracasso de um corpo já doente (desistente, dissidente). E aos vencedores, a estes corpos comprometidos com a manutenção de sua performance e autonomia, caberiam as bandagens¹³, desenvolvidas como negativas da fragilidade, para garantir que a competitividade e a produtividade se mantenham em sua máxima capacidade.

Referências

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Martin Claret, 2004.

¹² Quincas Borba é amigo e conselheiro de Brás Cubas, no livro "Memórias Póstumas de Brás Cubas" (1881) e é mentor de Rubião no livro "Quincas Borba" (1892), ambos de autoria de Machado de Assis. É para Rubião que Quincas Borba dá o exemplo de preservação e consumo do Humanitas, quando duas tribos famintas precisam disputar uma porção de batatas de modo a terem forças para transpor a montanha e alcançar o campo com batatas em abundância. Se dividirem a porção menor, as duas tribos morrerão de inanição porque não terão forças para cruzar a montanha. A guerra, como explica Quincas Borba, é neste caso preservação. De onde conclui "aos vencedores, as batatas".

¹³ Referência à técnica de Kinesio Taping, que a partir da colagem de bandagens de látex, previne, trata e compensa lesões de músculos e articulações. A técnica ganhou exposição midiática a partir das Olimpíadas de Seul, em 1988, e em Beijing, 20 anos depois, já eram 200 os atletas olímpicos usuários. A bandagem permite que os atletas sigam competindo mesmo que lesionados. Fonte: PORTAL G1 (2012). Disponível em: <<http://globoesporte.globo.com/eu-atleta/noticia/2012/08/kinesio-taping-fita-terapeutica-que-e-febre-das-olimpiadas-de-londres.html>>. Acesso em 10 Abr. 2018.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

ASSIS, M. **Memórias Póstumas de Brás Cubas**. São Paulo: Ateliê Editorial: 2012.

BACCEGA, Maria Aparecida. Comunicação, educação e consumo: encontros. In: ROCHA, Rose de Melo; PERES-NETO, Luis. *Memória, Comunicação e Consumo: vestígios e prospecções*. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BAITELLO, Norval. **O pensamento sentado**: sobre glúteos, caderias e imagens. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2012.

BAUDRILLARD, Jean. **A transparência do Mal**. Campinas: Papirus, 1992.

BAUMAN, Z. **Vida Para Consumo**: A Transformação das Pessoas em Mercadoria. Rio de Janeiro, Zahar, 2008.

BOURDIEU, P. **A Distinção**: Crítica Social do Julgamento. Poto Alegre: Zouk, 2013.

BRODERICK, A.; HAQUE F. Mobile Health and Patient Engagement in the Safety Net: A Survey of Community Health Centers and Clinics. *The Commonwealth Fund, New York*, 2015.

CALASANTI, T; KING, N. Successful Aging, Ageism, and the Maintenance of Age and Gender Relations. In: LAMB, S. **Successful Ageing as a Contamporary Obsession**: Global Perspectives. London: Rutgers University Press, 2017

CAMPBELL, David. Antropology's Contribution to Public Health Policy Development. *MJM* 13 (1): p. 76-83, 2010.

DOUGLAS, M.; ISHERWOOD, B. **O mundo dos bens**: para uma antropologia do consumo. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

LEMKE, T.; TRUMP, E.; CASPER, M.; MOORE, L. The Government of Living Beings: Michel Foucault. In **Biopolitics: An Advanced Introduction**. New York; London: NYU Press, 2011.

GOFFMAN, I. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982

HOFF, T. M. C. Biossocialidades do consumo: regimes de visibilidade. In: ROCHA, Rose de Melo; PERES-NETO, Luis. **Memória, Comunicação e Consumo**: vestígios e prospecções. Porto Alegre: Sulina, 2015.

IZQUIERDO, C. Well-Being Among the Matsigenka of the Peruvian Amazon: Health, Missions, Oil, and "Progress". In: MATHEWS, G., IZQUIERDO, C. **Pursuits of Hapiness**: Well-being in Anthropological Perspective. New York-Oxford: Berghan Books, 2009

LASSEN, A.J; JESPERSEN, A. P. Getting Old and Keeping Going: The Motivation Technologies of Active Aging in Denmark. In: LAMB, S. **Successful Ageing as a Contamporary Obsession**: Global Perspectives. London: Rutgers University Press, 2017

LUPTON, D. Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth Technologies. *Critical Public Health* 23 (4): p. 393-403, 2013.



COMUNICON2018
congresso internacional
comunicação e consumo

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
7º ENCONTRO DE GTS DE PÓS-GRADUAÇÃO
3º ENCONTRO DE GTS DE GRADUAÇÃO

NEFF, G.; NAFUS, D. *Self-tracking*. MIT Press, 2016

OUDSHOORN, N. *Telecare Technologies and the Transformation of Healthcare*. UK: Palgrave Macmillan, 2011.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London: Sages, 1996.

POLS, J. *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2012.

RUCKENSTEIN, M. 2014. Visualized and Interacted Life: Personal Analytics and Engagements with Data Doubles. *Societies*, 4: p. 68–84, 2014; doi:10.3390/soc4010068

SENNET, Richard. *The Culture of New Capitalism*. Yale: Yale University Press, 2006.

SLATER, Don. *Cultura do consumo e modernidade*. São Paulo: Nobel, 2002.

SWAN, M. Health 2050: The Realization of Personalized Medicine through Crowdsourcing, the Quantified Self, and the Participatory BioCitizen. *Jornal of Personalized Medicine*, 2 (3): p. 93-118, 2012.