

O PODER SOBRE A VIDA: OS CORPOS REGIDOS PELA PRÁTICA BIOMÉDICA VERSUS CORPOS DE INTENSIDADES

THE POWER OVER LIFE: BODIES GOVERNED BY BIOMEDICAL PRACTICE VERSUS INTENSITY BODIES

RENATO SAMPAIO DE AZAMBUJA¹
DIOGO ONOFRE GOMES DE SOUZA²
NADIAGEISA SILVEIRA SOUZA³

Esse artigo vincula-se à produção da tese de doutorado “UM CORPO, UM CORPO, UM CORPO – EXPRESSÕES DE INTENSIDADES E EXPERIÊNCIAS: reflexões sobre práticas médicas” no PPG Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde/ICBS/UFRGS

Descritores:

Homeopatia, biopoder, corpo

¹ Mestre, PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde/ICBS/UFRGS, renatodeazambuja@gmail.com

² Pós doutor, PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde/ICBS/UFRGS

³ Doutora, PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde/ICBS/UFRGS, nadiags@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Discuto nesse artigo a questão da materialidade organicista do corpo versus um corpo de intensidades. De acordo com Separavich e Canesqui (2010), os estudos de Marcel Mauss (2003 [1934]) e Margaret Mead (2000 [1935]) “revelaram que, embora possa ser atribuída uma materialidade universal ao corpo, as definições, as disposições corporais e seus significados são múltiplos. Decorrente dessa heterogeneidade nos modos de conceber o corpo, as concepções do que é saúde e doença também possuem tradição múltipla” (p. 251). Conforme Cecil G. Helman (1994) para “os membros de todas as sociedades, o corpo humano é mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença. É também o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento. A expressão ‘imagem do corpo’ é usada para descrever todas as formas com que um indivíduo conceitua e experientia o próprio corpo, consciente ou inconscientemente” (p. 30), variando a cada sociedade e momento histórico em que se definem: incluem crenças acerca da forma e tamanho ideais do corpo, crenças de sua estrutura interna e crenças sobre suas funções.

Dito isso, trago a intenção de refletir sobre o corpo, trazendo alguns elementos históricos para chamar a atenção para a ocorrência de determinadas condições – saberes médicos e outros aspectos sociohistóricos – imbricadas à produção das práticas e intervenções médicas, no corpo, como também ao governo da vida, com a intenção de chamar atenção para práticas médicas integrativas que se sustentam em uma visão de corpo de intensidades.

O CORPO NAS PRÁTICAS MÉDICAS A PARTIR DO SÉCULO XVII

Importante destacar as implicações que mudanças na produção do conhecimento, durante o século XVII, na articulação dos saberes médicos com as ciências naturais a partir de influências de Kepler, Galileu Galilei, Descartes e, posteriormente, Newton, apontaram para a prática científica experimental sobre o corpo e para observação do fenômenos físicos e testagem de hipóteses e explicações, assentadas numa realidade natural e objetiva, o que levaria, no séc. XIX, à medicina da experimentação, principalmente com Claude Bernard.

Foi no período renascentista que Galileu Galilei (1564-1642), considerado pai da astronomia, da física observacional e da proposição de um método científico objetivo, abriu caminhos para, posteriormente, a ocorrência de uma ruptura profunda na produção do conhecimento científico através de Isaac Newton (1643-1727), figura chave na estrutura da revolução científica (KUHN, 1998) que se produzirá alicerçada na filosofia de René Descartes (1596-1650). Tais con-

dições históricas criaram possibilidades para se pensar o corpo de acordo com a “ideia newtoniana do corpo-máquina, o automatismo corporal, [e] o pensamento cartesiano” (SEPARAVICH & CANESQUI, 2010, p. 252) que permite, como *res extensa*, entender o corpo como coisa decomponível, através do *cogito*.

A transformação paradigmática do olhar sobre o corpo proporcionou uma série de novas percepções. Foi nesse período que William Harvey (1578-1657) descreveu pela primeira vez a noção de uma circulação sanguínea fechada em si mesma, junto com a anatomia do sistema circulatório em oposição à concepção galênica de um sistema de irrigação (RAMOS 1992). Hegenberg (1998) ressalta que “Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), de Pádua, estabelece as bases da Anatomia Patológica. Realizando inúmeras autópsias, afirma que as doenças resultam de alterações nos órgãos. Descreve diversos tipos de lesões que, mais tarde, foram dadas como substrato anatomopatológico de muitas doenças” (p.24), quase 70 anos antes de Marie-François Xavier Bichat (1771-1802), que insistia na necessidade em aprofundar o estudo dos órgãos como a origem de processos mórbidos, atribuindo importância ao exame de lesões e de alterações estruturais nos tecidos (HEGENBERG, 1998).

No período clássico, o olhar direcionado para o corpo, inspirado nos princípios cartesianos e newtonianos de observação, passa a ser norteado pelos achados anatomoclínicos oriundos das novas disseções praticadas pelos médicos e anatomistas. O corpo começa a ser desvendado como estrutura de órgãos e tecidos, mas ainda sem haver uma inclinação para a correlação com os sintomas propriamente ditos e, menos ainda, com mecanismos fisiológicos, o que gerará, mais tarde, a ideia dinâmica de corpo na medicina.

Para Faure (2005), a partir do início do século XVII, ocorreu uma série de produção/invenção de saberes sobre o corpo para “se fazer visível o interior do corpo humano, como uma espécie de autópsia sem disseção” (p. 30, tradução minha): o espéculo uterino, o espéculo uretral, o otoscópio, o oftalmoscópio, o estetoscópio, a operacionalidade do termômetro (já conhecido desde antes), o início da tomada da pressão arterial (seu uso mais sistemático registra-se a partir de 1860 no Hôtel-Dieu de Paris) e, no final do século XVIII, o descobrimento/invenção dos raios X por Röntgen, cujo êxito na investigação do interior do corpo tornou seu uso imprescindível por muitos anos. Dessa maneira, segundo Faure (2005), “o corpo, que os aparelhos exploram cada vez mais profundamente, também se percebe de uma forma cada vez mais precisa e fragmentada. A decomposição do corpo órgão a órgão e aparelho por aparelho se soma outra decomposição baseada nas práticas das autópsias” (p. 32).

No final do século XVIII e início do XIX, assistimos com Laënnec (1781-1826) uma transformação no saber anatomoclínico, na medida que estimulou e estabeleceu um novo olhar nas relações entre a anatomia, a patologia, até então características da anatomo-

oclínica, adicionando o sintoma clínico como manifestação das alterações patológicas na anatomia a partir do uso de instrumentos para melhorar a escuta do corpo. A relação alteração corporal e sintoma clínico cria condições para um deslocamento na medicina dos órgãos, predominantemente estática, gerando uma perspectiva mais dinâmica: agregar o sintoma às alterações do corpo.

Poucos anos mais tarde, no século XIX, o debate experimentalista, rompendo com as práticas anatomoclínicas, alicerçadas basicamente nos achados anatômicos e sintomáticos, alcançavam publicações. “Ao lançar sua revista *ArchivfürphysiologischeHeilkunde*, em 1842, os jovens turcos da medicina alemã afirmam: ‘cremos que já chegou o momento de tratar de lançar uma ciência positiva a partir do material composto por experiências prudentemente acumuladas’” (FAURE, 2005, p. 44). A pretensão de explicar o funcionamento do corpo, sua enfermidade e produzir uma ação terapêutica gerou outra variante na construção discursiva do olhar médico. A pesquisa de Claude Bernard (1813-1878) inovou o olhar médico com o experimentalismo em biologia para a compreensão de mecanismos de equilíbrio e produção de glicose no sangue, mais tarde chamado por ele de processos fisiológicos. O método de Bernard, que consistia em observação-hipótese-experiência-resultado-interpretação-conclusão, constituiu-se como outro alicerce da medicina dos órgãos ao propor uma forma dinâmica de observação dos fenômenos da atividade dos corpos. Talvez, possa-se dizer que Bernard, em sua obra experimental, considerava a medicina como ciência das doenças e a fisiologia como ciência da vida. Para ele, o estudo da fisiologia definiria o organismo normal, o que mantém o organismo em equilíbrio em suas funções orgânicas. A doença seria a alteração destas funções fisiológicas. Nada mais contemporâneo. E, para sustentar seu princípio geral, ele ofereceu argumentos e experimentações controladas, protocolos, mensurações e quantificações de constantes biológicas. Um dos efeitos importantes das pesquisas do fisiologista francês, portanto, refere-se à mudança do olhar na configuração da doença no organismo.

Penso que tratou-se de um tipo de ruptura no olhar que se tinha sobre o corpo que se mostrou mais do que somente um achado anatomoclínico ou sintomático: passou a ser um processo em que há uma fisiologia alterada, uma fisiopatologia, e a mensuração de suas constantes seria o parâmetro pelo qual se orientaria a normalização patrocinada pelo processo terapêutico, ao mesmo tempo que cria possibilidades de se estabelecer padrões de normalidade e anormalidade biológicas que podem produzir estratégias regulamentadoras nos corpos.

Cabe observar, também, a importância da revolução higienista ocorrida entre o século XVIII e XIX. A percepção de que haviam microorganismos, que se relacionavam com o corpo e conviviam com a sua in-

terioridade, vinculados aos processos fermentativos, trouxe a ideia de relação do corpo com o meio de modo mais evidente, descritível, mensurável, observável, ao mesmo tempo que se produziu uma concepção de defesa imunológica ao longo do séc. XX. Desenvolveram-se métodos diagnósticos e terapêuticos voltados à “defesa” do corpo frente ao meio ambiente microbiano, potencialmente nocivo. Além disso, estabeleceu-se um conjunto de medidas de vigilância sanitária populacional no sentido do controle de epidemias. As compreensões relativas à fisiologia do corpo e ao meio microbiano como potencialmente patógeno articularam-se para um entendimento gradativo do corpo como organismo objetivo, anônimo, essencializado em sua biologia e, ao mesmo tempo, efeito do seu meio, compreendido em uma relação de causa e efeito direta e linear, capaz de ser mensurável e explicada.

Segundo Foucault (2005) criaram-se condições para a adoção de mecanismos - levantamentos, estatísticas, previsões, intervenções higienistas - nas determinações dos fenômenos biológicos coletivos geradores de doenças populacionais. As práticas higienistas e da medicina, em geral nos hospitais, passaram a ser instâncias de controle social com as finalidades de manejar os surtos epidêmicos e controlar a mortalidade e da morbidade da população nos espaços urbanos, com o objetivo de devolver o sujeito em condições de se reintegrar nos meios produtivos: ideologicamente visando a saúde pública e do indivíduo, mas sempre a serviço das estratégias do biopoder. “A cidade, com suas principais variáveis espaciais, aparece como objeto a semedicalizar” (FOUCAULT, 2010, p.201).

Foucault (2005) coloca que o saber técnico e objetivo constituído pela medicina e a higiene, no século XIX, foi elemento de considerável importância devido ao vínculo que criou entre as produções científicas e os processos biológicos, muitas vezes dirigidos à disciplina e controle dos corpos individuais, além do que pelo fato da medicina atuar como uma técnica política de intervenção com efeitos regulamentadores ao nível populacional. Dessa perspectiva, a partir do século XVIII, as mudanças que ocorreram na medicina, enquanto “um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população” (FOUCAULT, 2005, p. 302), relacionaram-se com um conjunto de transformações sociais, econômicas e políticas que marcaram a transição para a gestão estatal da saúde de populações a serem governadas, exigindo um novo regime no funcionamento das estratégias direcionadas ao governo da vida.

A VIDA, DO CORPO INDIVIDUAL E AOS CORPOS POPULACIONAIS, PASSA A SER REGIDA PELA MEDICINA

Vimos que, especialmente desde o século XIX, a vida, seja do indivíduo seja da população, passa a ser

escrutinada e gerida através de um conjunto de técnicas, disciplinares e biopolíticas, cujas normas se articulam no corpo, configurando o biopoder naquelas circunstâncias. O biopoder enquanto estratégia tem como alvo as qualidades do corpo vivo e os fenômenos populacionais com a finalidade de governar o indivíduo e a população conforme as urgências e exigências econômico-sociais-políticas de uma sociedade. O biopoder tem como propósito criar um estado de vida, em determinada população, capaz de produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis (FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, a produção de saberes técnicos, no caso da medicina, enquanto discurso verdadeiro, que se acumula, modifica, circula e atravessa o campo social, para além de “descobertas científicas”, configura-se como construção histórica com função estratégica de disciplinar corpos e docilizá-los a fim de recuperá-los para o sistema socioeconômico. Não são simplesmente novas descobertas; é um novo ‘regime’ no discurso e no saber” (FOUCAULT, 2010, p.3). Tal rede discursiva, ao produzir certa coerência operacional, historicamente, produz efeito de verdade inequívoca, pois é alicerçada em uma produção científica que distancia o sujeito do objeto estudado e de si mesmo. Todavia, para além de descobertas científicas, trata-se de uma transformação no modo de olhar o corpo para atender uma demanda social, econômica e política. Desde aquele período, começa-se a ficar “diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica” (FOUCAULT, 2004, p. 135). Uma mudança nos domínios de observação para uma “leitura diagonal do corpo, que se faz segundo camadas de semelhanças anatômicas que atravessam órgãos, os envolvem, dividem, compõem e decompõem, analisam e, ao mesmo tempo, ligam” (FOUCAULT, 2004, p. 141).

Desvelou-se, assim, a objetividade do espaço corporal como domínio do saber médico, capaz de ser verificado positivamente em todos os doentes. As patologias dos órgãos poderiam ser catalogadas e tratadas do ponto de vista anônimo e populacional. Não se necessitava mais da procura de um conhecimento ímpar sobre o sujeito doente. O sujeito perdeu, paulatinamente, o domínio de sua corporalidade em função do saber médico detido pelo especialista. Atualmente, o sujeito pouco ou nada pode fazer a respeito de sua saúde, a não ser submeter-se docilmente aos enunciados de verdade da biomedicina. Se estabeleceu uma técnica de controle da saúde dos corpos ao nível das populações em sua organização espacial urbana, gerando políticas direcionadas a vida: o fazer viver no âmbito do biopoder do regime capitalista. Assim, segundo Foucault (2010), desde o início do capitalismo, o primeiro objeto socializado foi o corpo, com a medicina cumprindo papel biopolítico estratégico. De acordo com ele, o “controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente...

pela ideologia, mas começa pelo corpo... O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (p. 80).

Os hospitais foram se constituindo também como instrumentos estratégicos de uma biopolítica e se organizando como espaços onde os doentes pudessem ser estudados, vigiados, catalogados, registrando tudo o que acontecia com eles. Não somente os hospitais, mas um conjunto de instituições dos sistemas de saúde de cada nação, cuja função foi, e ainda é, organizar, vigiar e classificar a saúde populacional. Nelas, já não era mais tão importante ouvir o sintoma dito, mas procurar um motivo da doença no interior biológico e naturalizado do corpo.

Tal prática médica, no final do século XVIII e início do XIX, inaugurou diferentes relações do sujeito consigo mesmo, chanceladas pelo crescente saber médico do corpo objetivo, através de “uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos... [em] um registro contínuo” (FOUCAULT 2010, p. 106): os casos clínico-patológicos. Foi nesse contexto histórico que o “indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica” (FOUCAULT, 2010, p. 111) na forma de um caso clínico catalogado, classificado, organizado e disciplinado, servil ao saber biomédico, enfim docilizado. Ou seja, o que hoje em dia é costumeiro aceitar como verdade biomédica, tem uma história de sujeição ao biopoder que incide nos corpos.

As transformações no saber médico e nos espaços do cuidado integraram um novo problema surgido na longa transição do poder rumo à constituição dos Estados Nação, seja na economia seja na organização social: a questão do governo da população e a gestão de sua saúde. Compôs o que Foucault (2008a) designou de governamentalidade, ou seja, um “conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo a população” (p. 143). Aqui, entendo a ação de governar no sentido de conduzir, levar de um lugar a outro, de uma situação a outra, de um estado a outro, no caso, arrastados pelas evidências da objetividade das coisas que necessitam ser “governadas”, inclusive no convencimento subjetivo que faz crer, enfim, na produção de um sujeito a ser “governado” a partir de sua corporalidade objetiva, com pouca importância à narrativa singular do sujeito, para tratamentos médicos de acordo com o enquadramento em coletivos de patologias objetivas.

Com a invenção, ao longo da história, de técnicas cada vez mais sofisticadas - de exame, diagnósticos, intervenções médicas - o disciplinamento tornou-se extremamente sutil em termos de uma aceitação e docilização a respeito da saúde em mãos do médico especialista. Uma das consequências, segundo Faure (2005), é que, “já não somos capazes de falar de nosso corpo e de seu funcionamento sem recorrer ao

vocabulário médico... o corpo é ‘naturalmente’ um conjunto de órgãos que são sede de processos fisiológicos e bioquímicos. Designamos e localizamos nossas enfermidades de acordo com uma geografia e uma terminologia de tipo médico... orienta nossa representação e nossa experiência do corpo... [ao convertê-lo] em um objeto exterior [a si mesmo] (p. 23). Somos profundamente subjetivados e servilizados nesse sentido. Não somos mais sujeitos de si, mas a serviço do especialista. Constituíram-se técnicas, mecanismos e tecnologias para manter a vida, através um poder regulamentador dos corpos populacionais articulando-o ao disciplinamento direcionado ao sujeito/corpo. O governo através das regulamentações biopolíticas dirige-se à vida e sua administração, “algo que já não é uma anatomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma biopolítica de espécie humana” (FOUCAULT, 2005, p. 289).

A meu ver, a construção histórica do corpo na forma de uma coisa objetiva, de natureza inata e essencial em sua biologia, escrutinado em suas partes e classificado em suas funções, tanto em saúde como na doença, foi elemento central nas estratégias do controle da vida em termos individuais e populacionais. Ao mesmo tempo, o cuidado assentado nas verdades da biomedicina acerca da natureza biológica do corpo, termina por integrar a constituição de subjetividades dos indivíduos, gerando condutas e crenças moldadas por tais verdades: o corpo não é a experiência vital do sujeito e, sim, seus órgãos.

Busco chamar a atenção para o recorte que se produz com as técnicas biomédicas e sua função estratégica na política de controle dos corpos e na invisibilidade/profundidade de seu poder de subjetivação no que concerne em como compreendemos nossos corpos, cuja visão e categorias criam um corpo coisificado em sua biologia e, contemporaneamente, em seu genoma.

O CORPO MOLECULARIZADO E O BIOPODER CONTEMPORÂNEO

Com a emergência do neoliberalismo, transforma-se a relação entre capital e força de trabalho no sentido de “uma concepção do capital-competência... de sorte que é o próprio trabalhador que aparece como uma empresa de si mesmo” (FOUCAULT, 2008, p.310). Trata-se do estabelecimento e da produção de um capital humano em que o “empresário de si mesmo, sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo a fonte de sua renda” (p. 311), em um sistema no qual o consumidor é o próprio produtor de seus desejos e de sua satisfação. Um empreendedor de si, no trabalho e na saúde que, para Foucault (2008), é um capital que “vai ser chamado de capital humano” (pp. 311), em constante aprimoramento de suas habilidades ou destrezas que adquirem valor de mercado na forma de capital hu-

mano (GADELHA, 2009). De tal modo que ele é, ao mesmo tempo, capital investido e produto de sua atividade laboral. Nesses termos, a saúde e a doença entram como modos de condução da vida, na exigência de uma vida longa e produtiva, sem tempo para a experiência de outros sentidos para a vida, para a quietude e contemplação, reflexões sobre si e sua história de relações emocionais e em como tal histórico pode desenhar sua corporalidade. O biopoder contemporâneo busca incessantemente a otimização do sujeito em suas relações sociais e produtivas como um produtor/consumidor de seu capital humano.

Importa, no recorte desse artigo, lançar um olhar sobre a composição desse capital humano desde a perspectiva de uma ideia de corpo produzida pelo saber médico. De acordo com Foucault (2008), esse capital humano é composto de elementos inatos e adquiridos. Por adquiridos entendo todos aqueles que são produto de agenciamentos culturais, educacionais, sociais, políticos, todos eles imbricados entre si, especialmente nos dias atuais com a intensificação das mídias e das formas de comunicação: propaganda, redes sociais, internet, a produção massiva de vídeos, a formação incessante de celebridades a serem seguidas e copiadas por todos, a intensificação de modos de *mindset* ou auto ajuda com fins de se manter continuamente ativos, enfim, um conjunto de instrumentos voltados para o manejo e direcionamento de subjetividades visando o consumo de produtos que mantenha o sujeito inclusivo nos modos de vida neoliberal. Por inatos, Foucault (2008) refere todos aqueles elementos hereditários relativos à constituição do capital humano. Foucault (2008) coloca que “um dos interesses atuais da aplicação da genética às populações humanas é possibilitar reconhecer os indivíduos de risco e o tipo de risco que os indivíduos correm ao longo da sua existência. Interessante notar que tanto elementos inatos como adquiridos se imbricam em uma política da vida, na perspectiva de um aprimoramento incessante do capital humano e sua presença contínua no mercado de produção e consumo, na visão do empreendedor de si. Ou seja, um aprimoramento constante do capital humano em termos de investimento e renda feitos ao nível do próprio sujeito e seu corpo (FOUCAULT, 2008). Um permanente vigiar de si.

Tal vigiar sustenta um “minipanóptico” pessoal (CASTIEL et al, 2016) que produz efeitos capilares alcançando o sujeito e as individualidades no âmbito da própria vida. Nessa forma de viver, do ponto de vista do corpo, o sujeito que se auto cuida, empreendedor de si na saúde de seu corpo. Todavia, salienta-se que tal cuidado emerge a partir de verdades que lhe são externas de um especialista que irá lhe propor um cuidado a partir de um saber objetivo e molecularizado de seu corpo, incorporando ações e atitudes ao seu viver, a partir de verdades biomédicas e de sua genética e produzir aquilo que se considera objetivamente como vida saudável, sempre ponderando e

correndo os riscos que o sistema força assumir, configurando um tipo de condução e regulação da vida de indivíduos. Os efeitos de subjetivação farão crer ao sujeito que, de fato, a verdade gerada pela ciência biomédica é a sua verdade própria: “tenho uma genética ruim”, “irei procurar soluções com o especialista”.

A medicina cumpre papel estratégico no redirecionamento das verdades sobre o corpo e na condução da vida, através da genômica. Gadelha (2015) designa um novo paradigma científico alicerçado em uma matriz molecular informatizada associada a noções como neurociências, trans e pós humanismo, imortalidade ou longevidade. Se inscreve nessa perspectiva “a ideia de conceber a vida humana como infinitamente maleável e passível de molecularização; o agenciamento de genomas às novas tecnologias reprodutivas; o prolongamento cada vez maior da vida; a fusão entre o artificial e o orgânico, entre o silício e o carbono... [com] o desmanchamento das fronteiras que antes distinguiram um do outro e a invenção de novas técnicas biomédicas (xenotransplantes, engenharia de tecidos, cultivo de células-tronco, dentre outros” (p. 4/10).

Nikolas Rose (2013) coloca que tal política de vida de nosso século “está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes” (p. 14). A genômica vem para preencher essa dupla exigência do biopoder: primeiro, através de sua característica preditiva, diagnosticar um futuro para cada indivíduo, a partir dos conhecimentos genéticos de seus corpos moleculares, e, segundo, conseguir agir no presente, na forma de grupos de doenças ou grupos de biosociabilidade, ou, ainda, individualmente, a respeito de quem teria o mesmo “erro” genético (ROSE, 2013), trazendo a emergência “de uma nova racionalidade política da vida que vem sendo materializada, sobretudo, nos novos regimes de visibilidade” (BENEVIDES, 2017, p.79) sobre o corpo genômico e molecularizado. Há uma franca tendência de se produzir uma identificação de auto evidência do sujeito com seu DNA e suas partes molecularizadas de modo quase individual, como se o sujeito e seu corpo fossem a realização de sua genética, ao fundar a base de DNA como “elemento comum e universal para todos os seres humanos” (BASQUES, 2007, p.2/4).

O diagnóstico genético se apresentaria antes da doença se produzir no corpo, pois as relações desses polimorfismos apresentariam as “tendências” patológicas dos indivíduos, cada um de acordo com os arranjos genéticos de seus corpos. O sujeito seria estimulado a “cuidar de si” através do conhecimento de sua genética e, assim, buscar um cuidado preemptivo minipanóptico, associado aos seus “semelhantes” biosociabilizados. Assim, a possibilidade de que os pacientes possam, de certa forma, “decidir” acerca de sua saúde, dentro das concepções de risco e da ela-

oração de uma ética pelo uso do corpo genômico, configura-se como se fosse uma atitude “positiva” e “empreendedora” no seu cuidado. Aparentemente, se apresenta a ideia de que o indivíduo se capacita para “tomar posse” de sua “susceptibilidade e aprimoramento” hereditário, assumindo seu corpo somático, biologizado. Se há mudança no paradigma de produção dos saberes sobre o corpo, aqui, não há mudança de paradigma no cuidado: apesar do olhar sobre o corpo já não ser mais no órgão e nos tecidos e apresentar-se agora em sua estrutura genética e suas relações de causa e efeito, ainda são as verdades do especialista que valem para o sujeito submetido à vigilância e controle que impõe sobre si mesmo. Rose (2013) coloca que “os pacientes são cada vez mais estimulados a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos e de produtos que vão de drogas medicinais a tecnologias de reprodução e testes genéticos” (p. 16), caracterizando uma mercantilização do corpo e de produtos artificiais ou medicamentosos: a questão do corpo transformando-se em uma *commoditie* (GADELHA, 2015) e o sujeito em seu genoma.

Na contemporaneidade, a compreensão do corpo atinge: a anatomização molecularizada e a genômica manipulável. Somos “si-mesmos” biológicos e genômicos em uma “inserção estratégica do imperativo da maximização da performance... [orientadas] de acordo com as prescrições do campo do *management* e da autoajuda, de modo que as assim chamadas *questões existenciais* foram gradativa e sutilmente convertidas em questões empresariais” (GADELHA, 2015, p 7/10), a partir de verdades biomédicas sobre o corpo.

Ortega (2003) cunha o termo bioascese para procurar identificar tal prática biológica identitária do biopoder, discutindo o controle de tais efeitos subjetivos, cuja sustentação epistemológica encontra-se na perspectiva do cuidado e empreendimento de si através do corpo perfeito. Trata-se da formação de um sujeito que se auto controla, autovigia e realiza uma auto peritagem. O “eu que se auto pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade” (p.64). Assim, no campo do adoecimento, “a ideologia da saúde e do corpo perfeito nos leva a contemplar as doenças que recorrem a figura humana como sinônimo de fracasso pessoal” (ORTEGA, 2003, p.65). Trata-se de “um imperativo do cuidado, da vigilância e da ascese constante de si necessário para atingir e manter ideais impostos pela ideologia do *healthism* [que] exige uma disciplina enorme” (idem, p. 66).

Segundo Pelbart (2013), atualmente, “o eu é o corpo. A subjetividade foi reduzida ao corpo, a sua aparência, a sua imagem, a sua performance, a sua saúde, a sua longevidade” (p. 27), não uma corporeidade consciente amalgamada com os processos de subjetivação consciente, mas um apelo constante para o movimento de busca da produção da corporeidade perfeita e da tirania que dela decorre.

Parece-me, então, que a biomedicina se articula ao movimento do biopoder contemporâneo de produção de novas formas de subjetivação acerca do corpo protagonizadas pelo neoliberalismo avançado, nos termos do empreendedorismo de si no âmbito da saúde. A regulamentação de populações e a disciplina do corpo, enquanto objeto físico, permanecem sendo o eixo das estratégias do biopoder neoliberal. Nesse contexto, não a ressignificação das relações do sujeito consigo e com os demais, o sujeito e sua história existencial singular, mas sua reincorporação o mais breve possível à cadeia produtiva enquanto capital humano.

Keck e Rabinow (2006) advertem sobre a possibilidade de a pesquisa genômica produzir uma nova eugenia. Se, de início, a pesquisa genômica pode trazer benefícios para o controle de enfermidades monogênicas, para os autores, o “horizonte da investigação genética não é só curar, senão também reforçar: a genética não produzirá somente um corpo protegido da enfermidade, senão um corpo mais forte, mais belo, mais inteligente” (KECK & RABINOW, 2006, p.91). Um corpo idealizado e coletivo como projeto e desejo de consumo, atravessado por normas constituídas nesse contexto de normatividade, abalando “a diversidade biológica dos corpos” (idem, p.93). Desse modo, a diversidade como condição de robustez de uma espécie viva, transforma-se em homogeneidade empobrecida e, possivelmente, eugênica.

Do ponto de vista do comportamento, a pressão pelo desempenho, que povoa o viver do empreendedor de si, pode criar condições para serem geradas crises de pânico, depressão, síndromes de hiperatividade, déficit de atenção, transtornos opostos, enfim, uma gama de comportamentos que a biomedicina, ao enquadrar em um tipo de caso, produz um medicamento para normalização do comportamento, a fim de que o sujeito possa permanecer em atividade. Sem precisar escrutinar sua história de vida e chegar ele mesmo às suas conclusões e ressignificações, o sujeito é conduzido e/ou conduz a si mesmo, na ilusão de estar cuidando de si, medicado conforme verdades que partiram do saber externo fundado na expertise, a “decidir” sobre o tratamento medicamentoso neuronal. Tal é a efetividade do biopoder molecularizado que, ao invés de produzir relações de saber/poder que versem pela heterogeneidade e diversificação das histórias singulares dos sujeitos, colocá-los em padrões medicamentosos, constroem um “estado de normalidade [que] torna-se totalitário” (HAN, 2017, p. 55), imerso em necessidades e exigências de um empreendedor de si mesmo “a fim de maximizar seu desempenho... [que] explora a si mesmo... o explorador e o explorado... algoz e vítima, o senhor e o escravo” (HAN, 2017, p. 105).

Segundo o autor coreano, a “violência da positividade que resulta da superprodução, super desempenho ou supercomunicação... o esgotamento, a exaustão e o sufocamento frente à *demasia*... Todas

essas são manifestações de uma violência” (HAN, 2017, pp, 16-17). Produz-se uma sociedade na qual sujeitos chegam ao limite de sua positividade, ao extremo de sua “otimização e aprimoramento”, uma positividade que cursa habitando a (in)consciência, penetrando-a de modo subliminar e não-verbal. O sujeito sente-se pressionado a viver uma vida que “deve ser prolongada a qualquer custo e com todos os meios... Estão por demais vivos para morrer e por demais mortos para viver” (HAN, 2017, p. 108-109). É nesse contexto que compreendo o “fazer viver longo-vo” como instrumento de biopoder na biomedicina molecularizada.

Realizo essa discussão para argumentar que os processos de subjetivação da biomedicina articulada ao biopoder contemporâneo decorrem de efeitos não-conscientes, incorporados “automaticamente” em nossa vida como “verdades”, no qual as normatividades do corpo mergulham e se imbricam às redes moleculares da genômica.

Todavia, trago a visão de Keller (2002) sobre o papel da genômica e suas relações com o meio para pensar “que a função não pode ser precisamente mapeada na estrutura” da rede genética (p. 83). Para ela, a função da rede genômica “é muitas vezes tanto transitória como contingente, dependendo criticamente da dinâmica funcional do organismo inteiro” (p. 83), ou seja, dos próprios movimentos existenciais do corpo com relação ao meio. A “estabilidade é o produto de um processo dinâmico... e autorregulatório... organizados em uma totalidade” (pp. 83-84) de processos de interação contínua do corpo com o meio.

Nessa perspectiva ganha importância a discussão sobre epigenética. De acordo com Lipton (2007) a “história do controle epigenético é a história de como os sinais ambientais controlam a atividade dos genes” (p. 84). “Nos últimos anos, a biologia molecular mostrou que o genoma é mais amplo e suscetível ao ambiente do que se imaginava.” (Jablonka e Lamb, 1995, citado em Lipton 2007, p. 88), proporcionando contribuições importantes no sentido de um corpo coconstituído junto ao meio existencial, de onde emerge a configuração da corporeidade do sujeito. Para Meghioratti *et al* (2017), “o organismo não herda todas as características ou traços fenotípicos prontos ou codificados em uma molécula do DNA” (p. 237). Segundo os autores, “as ações do organismo sempre interferem no ambiente que será herdado pelas próximas gerações” (p. 238) apontando para a possibilidade de uma “herança ambiental” que permitiria a produção de determinados comportamentos e/ou modos de vida que se mantêm ao longo das gerações. O organismo, mesmo que possua sua carga genética, a partir de suas ações e da interação com seu entorno, modifica o meio externo ao mesmo tempo que restringe e interfere em seu ambiente interno por uma variedade de caminhos moleculares não mapeáveis.

Portanto, o saber molecular sobre o corpo não é um saber de uma única diretriz, pois noutra direção,

as redes moleculares biológicas podem ser consideradas como processos irreduzíveis e não-mapeáveis e auto-organizáveis, como preconizam Maturana e Varela (1995). De fato, a importância da percepção deste tipo de rede molecular, em outro olhar para a estrutura microscópica, não se refere a sua possível determinação genômica, mas, sim, para o entendimento de fenômenos de complexidade cuja característica, para além das possibilidades de rastreamento, se encontra na capacidade do corpo vivo produzir a rede dos elementos que o produzem, numa perspectiva de autoprodução e auto-organização. Ao mudarmos qualitativamente o olhar para esta rede no sentido da auto-organização dos processos vitais, mudaremos ao mesmo tempo a perspectiva do cuidado. Nesse âmbito, o corpo produz a si mesmo, o sujeito se produz no mesmo sentido e ambos na perspectiva de suas interações do meio interno com o meio externo. Se assim for, estaremos diante da possibilidade de produção de saberes sobre o cuidado nos universos da responsabilidade dos fluxos existenciais que contribuíram para cada estado físico e mental que o sujeito vive, inclusive de suas enfermidades. Ou seja, seria na vontade que o paciente produz em si mesmo para revisitar sua trajetória existencial, em suas relações com o meio ambiente e o meio social em que está inserido, nas perturbações que engendram nele e em suas respostas vitais, nos seus afetos envolvidos, nas produções de sua vida, nas intensidades vividas, sua alimentação, o frio e o calor, o vento e os lugares fechados, as pressões sociais, seu sono e seus sonhos, nas sensações corporais de funcionamento singular de seu corpo, enfim uma miríade de percepções de si que podem ser unicamente relatadas por quem as viveu, que orientariam o conjunto cuidado em saúde. Trata-se do falar do vivido e de si para se poder pensar o cuidado como verdade centrada no falar do sujeito, experimentado como intensidades vividas e não esperando respostas na expertise do especialista.

Estar consciente de que as relações de poder/saber desenham e integram as noções de corpo e cuidado que possuímos torna-se essencial para que possamos desterritorializar a percepção biológica da enfermidade e reterritorializar o cuidado de si, traçar linhas de fuga rompendo ou voltando as costas ao saber da expertise do especialista em direção a uma verdade existencial. Nessa perspectiva, produzir outro olhar sobre o corpo como fonte de processos e intensidades ao invés de elementos naturalizados em sua materialidade orgânica. Enfatizo o olhar aos processos relacionais, o saber que se produz sobre o corpo-sujeito que se autoproduz na existência e, não, pela identificação somática reducionista. Busco a produção de uma ética alicerçada no jogo aberto, sincero e legítimo, ininterrupto e sempre inconcluso do viver como prática de liberdade, ao estimular o falar de si e de seus desejos obsessivos, como modo de resignificação de sua existência, voltada à produção de seu viver.

CONCLUSÃO

Penso que práticas médicas integrativas, alicerçadas em narrativas existenciais da experiência corporal em um vitalismo da palavra que (re)significa o corpo em suas relações, como a Homeopatia, ou baseadas em dinâmicas vitais que o integrem ao meio de onde vive, do modo como a Medicina Clássica Chinesa faz, quando relaciona toda uma cosmologia, na qual caracteriza o ser humano numa perspectiva de macro e microuniversos, postulando a integridade do indivíduo como constituído de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais... [na qual] toda doença é vista como fruto de uma ruptura da harmonia interna do organismo” (SELL & JUNQUEIRA, 2014, p. 52), podem se constituir em práticas transformadoras do sujeito. São práticas que podem produzir outra ética terapêutica e orientar outro sentido para o corpo, se fundamentando nas verdades produzidas pelo sujeito e sua experiência vital, seu equilíbrio psicofísico e sua constituição corporal coconstituída com as relações e o meio em que vivem. São práticas que propõem outro olhar sobre o corpo, suas dinâmicas de produção de enfermidades e de sentido terapêutico, pois não basta sua biologia para sentir-se em saúde. É preciso que se produza um movimento de intensidades na constituição corporal em que se possa reterritorializar o viver singular do sujeito.

RESUMO

Neste artigo, discuto a questão da materialidade organicista do corpo contra um corpo de intensidades. De acordo com Separavich e Canesqui (2010), os estudos de Marcel Mauss (2003 [1934]) e Margaret Mead (2000 [1935]) “revelou que, embora se possa atribuir uma materialidade universal ao corpo, definições, disposições corporais e seus significados são múltiplos. Como resultado dessa heterogeneidade nas formas de conceber corpo, as concepções do que seja saúde e doença também múltiplas tradições” (p. 251). De acordo com Cecil G. Helman (1994) para “os membros de todas as sociedades, o corpo humano é mais do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença. É também o foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, estrutura e funcionamento. A expressão ‘imagem corporal’ é usada para descrever todas as maneiras pelas quais um indivíduo conceitua e experimenta seu próprio corpo, consciente ou inconscientemente” (p. 30), variando com cada sociedade e momento histórico em que se definem: incluem crenças sobre a forma e o tamanho ideal do corpo, crenças sobre sua estrutura e crenças sobre suas funções. Pretendo refletir sobre o corpo, trazendo alguns elementos históricos para chamar a atenção para a ocorrência de certas condições – conhecimento médico e outros aspectos sócio-históricos – entrelaçada com a produção de práticas e intervenções médicas, no corpo, assim como no governo da vida, com a intenção de chamar a atenção para as práticas médicas integrativas que são a partir de uma visão do corpo de intensidades.

ABSTRACT

In this article, I discuss the issue of the organicist materiality of the body versus a body of intensities. According to Separavich and Canesqui (2010), the studies of Marcel Mauss (2003 [1934]) and Margaret Mead (2000 [1935]) “revealed that, although a universal materiality can be attributed to the body, definitions, bodily dispositions and their meanings are manifold. As a result of this heterogeneity in the ways of conceiving

the body, the conceptions of what health and disease are also have multiple traditions” (p. 251). According to Cecil G. Helman (1994) for “the members of all societies, the human body is more than a simple physical organism oscillating between health and disease. It is also the focus of a set of beliefs about its social and psychological meaning, structure and functioning. The expression ‘body image’ is used to describe all the ways in which an individual conceptualizes and experiences his own body, consciously or unconsciously” (p. 30), varying with each society and historical moment in which they are defined: they include beliefs about ideal body shape and size, beliefs about its internal structure, and beliefs about its functions. I intend to reflect on the body, bringing some historical elements to draw attention to the occurrence of certain conditions - medical knowledge and other socio-historical aspects - intertwined with the production of medical practices and interventions, in the body, as well as in the government of life, with the intention of drawing attention to integrative medical practices that are based on a vision of the body of intensities.

REFERÊNCIAS

1. BENEVIDES, P.S. et al. *A interioridade psicológica face aos novos regimes de visibilidade*. Rio de Janeiro, ECOS – Estudos Contemporâneos da subjetividade, 2017.
2. CASTIEL, L.D. et al. *Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada*. Saúde Soc., São Paulo, v.25, n.1, pp 96-107, 2016
3. FAURE, O. *La mirada de los médicos*. In CORBIN, A. et al. (orgs) *Historia del cuerpo*. Madrid-Espanha, Edtions du Seuil, 2005, vol 2
4. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004
5. _____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo, Martins Fontes, 2005
6. _____. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo, Martins Fontes, 2008
7. _____. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2010
8. _____. *Vigiar e punir – Nascimento da prisão*, Petrópolis RJ, Vozes, 2014
9. GADELHA, S. *Governamentalidade neoliberal, Teoria do Capital Humano e Empreendedorismo*. Educação & Sociedade, vol 34, n 2, maio-agosto 2009, pp 171-186
10. _____. *Biopolítica, biotecnologia e biomedicina*. Rev Subjetividades, vol15, n3, dez 2015
11. HAN, B-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis-RJ, Vozes, 2017
12. HEGENBERG, L. *Evolução histórica do conceito de doença*. Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELOBooks .Rio de Janeiro
13. HELMANN, C.G. *Doença versus enfermidade na clínica geral*. Biblioteca Digital de Periódicos, trad. Soraya Fleischer (UnB), 2009
14. KECK, F.; RABINOW, P. *Invenición y puetaenescenadelcuerpogennático*. In: *HistoriadelCuerpovol III*, Ed. TaurusHistoria, Madrid, Espanha, 2006, pp 81-98
15. KELLER, E.F. *O século do gene*. Belo Horizonte, Ed Crisálida, 2002
16. KUHN, T.S. *A Estrutura das revoluções científicas*. Ed Perspectiva. São Paulo, 1998
17. LIPTON, B.H. *A Biologia da crença*. Ed Butterfly, São Paulo, 2007
18. MATURANA, H. & VARELA, F. *A árvore do conhecimento*, Campinas: Psy, 1995
19. MEGLHIORATTI, F.A. et al. *Um modelo sistêmico das relações entre os conceitos de organismo, gene, genótipo, fenótipo e ambiente*. Rev. Filosofia e História da Biologia, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 229-250, 2017
20. ORTEGA, F. *Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades*. Rio de Janeiro, Cadernos Saúde Coletiva 11 (1): 59-77, 2003
21. PELBART, P.P. *O avesso do niilismo – cartografias do esgotamento*. N-1 edições, 2013
22. RAMOS, C. *WILLIAM HARVEY: Vida e Obra (1ª parte)*. Acta Médica Portuguesa, 5:507-512, 1992
23. ROSE, N. *A política da própria vida – biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Ed. Paulus, 2013
24. SELL, R.P.S. & JUNQUEIRA, L.F.B. *A união dos opostos: a teoria Yin Yang no livro de medicina chinesa Huang Di Nei Jing*. In. ANGOTTI NETO, H. (org). *Mirabilia Medicinæ* 2. 2014
25. SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI A.M. *Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão*. Rev. Saúde e Sociedade, 19(2): 249-259, jun. 2010.