

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS

RENATO SAMPAIO DE AZAMBUJA

**UM CORPO, UM CORPO, UM CORPO – EXPRESSÕES DE INTENSIDADES E
EXPERIÊNCIAS:**
reflexões sobre práticas médicas

Orientador: Prof. Dr. Diogo O. De Souza

Porto Alegre

2023

RENATO SAMPAIO DE AZAMBUJA

UM CORPO, UM CORPO, UM CORPO – EXPRESSÕES DE INTENSIDADES E
EXPERIÊNCIAS: reflexões sobre práticas médicas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Educação em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Diogo O. De Souza

Coorientadora: Nadia Geisa Silveira de souza

Porto Alegre

2023

Ficha catalográfica

DEDICATÓRIA

À minha esposa Laura que me acompanhou durante esse percurso com amor e dedicação, muita resignação e companheirismo, através das encruzilhadas que a vida nos proporciona, mas sempre presente e amorosa. Aos meus filho(a)s, Murilo e Isabella, que me inspiram com sua inteligência e sensibilidade, seus projetos de vida, marcando uma diferença no existir.

Aos sujeitos e à humanidade que me fizeram perceber que o sofrimento alcança vastas dimensões do viver.

Ao Sistema Único de Saúde, servidores e usuários carentes por uma transformação profunda nos paradigmas de cuidado e de gestão dos corpos.

À homeopatia que me abriu caminhos.

AGRADECIMENTOS

À profª Dra. Nadia Geisa Silveira de Souza que, com muita perseverança, dedicação, paixão pelo que faz e companheirismo, debateu longamente comigo por todo o período de confecção desta pesquisa. Suas contribuições foram centrais e precisas para os entendimentos conceituais que nortearam esta produção.

Ao prof Dr. Diogo Onofre Gomes de Souza que me acolheu prestativamente como orientando, quando da aposentadoria da Profª Nadia.

RESUMO

O objeto desta pesquisa é o corpo. Parto de reflexões acerca da prática que exerço como médico em um hospital do SUS, interrogando verdades biomédicas acerca do corpo. Tais verdades, imbricadas a relações de saber/poder, o configuram como um objeto predominantemente biológico, gerando uma visão a-histórica da doença, descontextualizada do cuidado e fragmentada do sujeito em sua existência. Procurei olhar para tais práticas de modo a duvidar, estranhar e questionar verdades para, ao me mover e deslocar as “certezas”, criar condições para a emergência de outros pensamentos e possibilidades que desconstruam verdades relativas ao corpo biomédico. Construo uma produção teórica que percorre três movimentos, os quais mencionei sucintamente acima. Primeiro, problematizo historicamente a visão de corpo da biomedicina, que se embasa numa organicidade na qual as verdades correspondem a fatos inequívocos da objetividade corpórea pretensamente existente nos discursos científicos, o que exerce efeitos de poder na vida das pessoas. Isso leva a uma discussão sobre os efeitos do biopoder contemporâneo com relação à genômica, às concepções de risco e às práticas de bioescese. Em segundo lugar, discuto uma outra perspectiva do fazer científico ao estabelecer interconexões e diálogos entre campos de saberes pouco ou nada discutidos no âmbito da medicina, mas fundamentais para outra visão de corpo e outro modo de se produzir ciência. Para compor tal visão, debruço meus questionamentos investigando outros saberes científicos e filosóficos que questionam o corpo como objetividade natural e inata, baseado em saberes da cibernética de segunda ordem, da química das estruturas dissipativas e da teoria da Autopoiese, produzindo elementos que fundamentam aspectos do que denomino o devir de um corpo da experiência. Sustento uma visão de corpo existencial de intensidades e trago uma sustentação filosófica, para compor argumentos robustos, no sentido da construção de um Corpo sem Órgãos. Por fim, em um terceiro movimento, tendo como base a discussão das Racionalidades Médicas (LUZ, 2012), com a intenção de exemplificar a possibilidade de outra visão de corpo e de cuidado, busco algumas práticas do cuidado, alicerçadas em processos que tratam o corpo enquanto um movimento de interconexão contínua entre o físico, a mente e o meio: a Homeopatia e a Racionalidade Médica Chinesa.

Palavras-chave: corpo, biomedicina, biopoder, Autopoiese, Corpo sem Órgãos, medicina integrativa, racionalidades médicas

ABSTRACT

The object of this research is the body. I begin with reflections on the practice I carry out as a doctor in a SUS hospital, questioning biomedical truths about the body. Such truths, intertwined with knowledge/power relations, configure the body as a predominantly biological object, generating an ahistorical view of the disease, decontextualized from care and fragmented from the subject in its existence. I tried to look at such practices in order to doubt, wonder and question truths in order to, by moving and displacing the “certainties”, create conditions for the emergence of another thoughts and possibilities that deconstruct truths related to the biomedical body. I build a theoretical production that runs through three movements, which I briefly mentioned above. First, I problematize, historically, the view of the body in biomedicine based on an organicity whose truths correspond to unequivocal facts of the corporeal objectivity allegedly existing in scientific discourses, which exerts power effects on people's lives, leading to a discussion about the effects of contemporary biopower in relation to genomics, risk concepts and bioascesis practices. Secondly, I discuss another perspective of scientific work by establishing interconnections and dialogues between fields of knowledge that are little or not discussed in the field of medicine, but fundamental for another vision of the body and another way of producing science. To compose such a vision, I address my questions by investigating other scientific and philosophical knowledge that question the body as a natural and innate objectivity, based on knowledge of second-order cybernetics, the chemistry of dissipative structures and the theory of Autopoiesis, producing elements that underlie aspects of the what I call the becoming of a body of experience. I support an existential body vision of intensities and bring a philosophical support, in the sense of composing robust arguments, in the sense of building a Body without Organs. Finally, in a third movement, based on the discussion of Medical Rationalities (LUZ, 2012), with the intention of exemplifying the possibility of another vision of the body and care, I seek some care practices, based on processes that address the Body as a movement of continuous interconnection between the physical, the mind and the environment: Homeopathy and Chinese Medical Rationality.

Keywords: body, biomedicine, biopower, Autopoiesis, Body without Organs, integrative medicine, medical rationalities

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Correspondência dos zangfu e os cinco movimentos/elementos.....203

Tabela 2 – Correspondência dos cinco movimentos da natureza.....204

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Ciclos de geração (flechas exteriores), de dominação e agressão (flechas internas) e de contradominação (flechas pontilhadas).....	205
---	-----

LISTA DE SIGLAS (por ordem de apresentação)

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

FAMED - Faculdade de Medicina

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

AMRIGS - Associação Médica do Rio Grande do Sul

CNE - Conselho Nacional de Educação

CES - Câmara de Educação Superior

DCNs Medicina - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

DOU - Diário Oficial da União

APS - Ações Primárias em Saúde

EPB - Educação Baseada em Problemas

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

HPV - Human Papiloma Vírus

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DNA - Ácido desoxirribonucleico

CsO - Corpo sem Órgãos

SNC - Sistema Nervoso Central

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

RNA - Ácido Ribonucleico

CBD - “Chronic Brain Death” (Morte Cerebral Crônica)

PIC - Práticas Integrativas e Complementares

OMS - Organização Mundial da Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

MTC - Medicina Tradicional Chinesa

RMC - Racionalidade Médica Chinesa

SUMÁRIO

1 ONDE COMEÇO MEU CAMINHO.....	12
1.1 Reflexões sobre uma experiência no campo médico.....	14
1.2 Pensando uma prática médica que se fez e faz nas experiências do cuidado.....	18
1.3 O corpo como objeto a serviço do especialista: o ensino.....	26
2 A FORMA E OS INSTRUMENTOS DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA.....	36
3 REVISITANDO A HISTÓRIA DO CORPO NAS PRÁTICAS MÉDICAS: DO CORPO INTEGRADO AO CORPO OBJETIVO E FRAGMENTADO.....	57
3.1 O corpo nas práticas médicas: da antiguidade ao século XVII.....	57
3.2 O corpo nas práticas médicas a partir do século XVII.....	61
3.3 A vida, do corpo individual aos corpos populacionais, passa a ser regida pela Medicina.....	68
4 O CORPO MOLECULARIZADO E O BIPODER CONTEMPORÂNEO.....	75
5 O CORPO EXISTENCIAL DE INTENSIDADES.....	89
5.1 Como usar a produção científica contemporânea para se pensar a possibilidade de um corpo de processos que se produz?.....	92
5.1.1 Estruturas Dissipativas.....	93
5.1.2 Sistemas auto organizados, estruturas vivas e o meio ambiente: discussão inicial. 96	
5.1.3 Sobre a auto organização do vivo.....	99
5.2 A individuação como processo de interconexões.....	141
5.3 Reflexões sobre as emoções no contexto do corpo existencial de intensidades.....	147
5.4 O desejo e o sensível como expressões constitutivas de intensidades do corpo existencial.....	153
5.5 O Corpo sem Órgãos (CsO).....	158
5.6 O cuidado.....	167
6 PRÁTICAS INTEGRATIVAS DO CUIDADO E A NECESSIDADE DE SUA INCLUSÃO NO ENSINO MÉDICO.....	176
6.1 A Homeopatia.....	183
6.2 A Medicina Clássica Chinesa.....	193
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	207
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	212

1 ONDE COMEÇO MEU CAMINHO

Meu pensar dirige-se ao corpo, às suas relações com o meio da sua existência como sujeito¹. Não ao corpo que temos, mas a um corpo que vivemos; não o corpo que se estuda na biomedicina, mas um corpo que se vive: por isso é o artigo indefinido que o define. Quando se lida com "o" corpo, em biomedicina, presume-se "o" corpo que temos, se define como "o" corpo objetivo, uma posse natural, definido e estruturado em órgãos, mapeável em sua fisiologia, escrutinado em sua genômica; "o" corpo que se observa enquanto objeto de distanciamento científico para que se possa "descobrir" e "descrever" seu funcionamento, inclusive molecular. Veremos que nada pode ser "descrito", mas produzido enquanto enunciados de verdade.

O artigo definido reduz o corpo a um patamar de condição biológica estrutural inata, na qual o sujeito pouco ou nada poderia realizar na constituição da sua configuração corporal, seja na saúde ou na enfermidade. Por mais inocente e por menor que seja o detalhe linguístico, o artigo definido carrega o peso da naturalidade estrutural do corpo, berço das suas manifestações inatas, e define a perspectiva biomédica pela qual se analisará o objeto a ser estudado no campo biomédico. Ao fim e ao cabo, o artigo definido faz emergir uma categoria corporal, não singular, generalizante, constituída independente da experiência existencial do sujeito. Nessa condição, o recorte analítico biomédico é de um saber sobre o corpo que pode atuar de forma anônima e populacional, ao produzir saberes que se originam de um funcionamento que cabe a qualquer um, enquadrado em determinadas categorias, e que o generalizam em doenças, como, por exemplo, diabéticos ou cardiopatas, com forte independência das experiências existenciais do sujeito implicadas à doença.

A perspectiva que procuro pensar, neste estudo, busca traçar linhas de fuga para se pensar o corpo no campo médico: ao invés de generalizações que produzem e conduzem os corpos marcados por nomes de doenças, proponho que se parta dos movimentos existenciais

¹ Nessa pesquisa, utilizo-me de estudos foucaultianos para considerar o sujeito não como uma substância, mas uma forma constituída através de práticas de poder, jogos de verdade, enfim, de relações de saber/poder na relação "consigo mesmo e a constituição de si próprio como sujeito" que funcionam no campo social (FOUCAULT, 2004b, p. 195), o que discutirei de modo mais aprofundado posteriormente. Procuro dialogar essa perspectiva com a proposição de um Corpo sem Órgãos, com a qual o sujeito também se constitui enquanto um conjunto de práticas, "de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades (...) [em que] somente as intensidades passam e circulam (...) as produz (...) é a matéria intensa e não formada, não estratificada, a matriz intensiva" (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p. 16).

do corpo, que produzem a sua singularização² nos processos de suas individuações³, ao incorporar vivências na conformação de seu corpo. Por essa ótica, não há “o” corpo que “possuímos”, mas “um” corpo que vivemos e conformamos com e na experiência, que produz a si mesmo e singulariza-se nos fluxos e relações existenciais. Trata-se de um corpo que se configura numa dinâmica inacabada de seus movimentos, ao mesmo tempo que se conserva nos processos que o constituem, configurado na recursividade⁴ da sua auto organização produtiva.

Dessa perspectiva, dialogo com autores (FOUCAULT, 2002, 2004a, 2004b, 2006, 2008a, 2008b, 2009, 2010a, 2010b; GADAMER, 2006; ILLICH, 1975; STENGERS, 2002; entre outros) para realizar uma crítica aos limites da biomedicina contemporânea. Problematizo seu papel na produção de saberes, técnicas e intervenções nos corpos como efeitos de um biopoder que regula e controla a vida no sistema neoliberal que rege a sociedade na qual vivemos, em que a disjunção corpo/mente/meio cumpre papel estratégico. Em vista disso, trago para a discussão visões alternativas à biomédica, de um corpo imbricado às dinâmicas vitais das relações (HAHNEMANN, 1996; NEI CHING, 1995), nas quais as narrativas, do outro e do sujeito, configuram um mundo que inscreve e individua a sua configuração carnal, tornando-o corpo (FOUCAULT, 2010, 2014; LARROSA-BONDÍA, 2002; SIMONDON, 2020) através de fluxos e intensidades do viver (DELEUZE & GUATTARI, 2016), além de coconstituído junto ao meio (MATURANA & VARELA, 1995). Com tal discussão, busco pensar um outro cuidado em saúde e outras práticas médicas que

² Não há duas pessoas iguais no mundo. Somos todos seres singulares, fruto de processos de individuações únicos, a partir da incorporação peculiar das experiências vividas. As perturbações do meio são incorporadas de modo ímpar na experiência existencial dos corpos, que se apresentam como processos coconstitutivos idiossincrásicos e cuja estrutura muda incessantemente de acordo com a história singular da experiência vital. A singularidade é o recorte das generalizações, é a descontinuidade de uma biologia anônima comum a todos, é ela que torna efetiva a historicidade do sujeito na produção corporal que lhe é peculiar (HAHNEMANN, 1996; NEI CHING, 1995; DELEUZE & GUATTARI, 2012, 2016, 2017a, 2017b, 2017c; SIMONDON, 2020; MATURANA & VARELA, 1995; MATURANA, 2001; ROSENBAUM, 2008; LE BRETON, 2009, 2011, 2016; VARELA 1990; VARELA et al 2001; VON FOERSTER, 2006; entre outros) Dessa perspectiva, pretendo explorar e discutir a noção de corpo existencial a partir desses e outros autores que contribuam com essa visão posteriormente nesse estudo.

³ Conceito que será discutido a partir dos estudos de Simondon (2020).

⁴ Ações recursivas são aquelas realizadas por seres vivos sobre si mesmo na produção de si, ao mesmo tempo psíquicas e corporais, de modo que se possa produzir certas regularidades que o façam se distinguir do meio e dos outros seres vivos com os quais se relaciona, em coerências operacionais vitais singularizantes, individuantes e experimentadas, no caso humano, como um corpo e sujeito únicos. As ações recursivas conferem certa estabilidade ao contínuo processo de transformação coconstitutiva dos corpos com relação ao meio, produzindo domínios existenciais singulares (MATURANA & VARELA, 1995)

possam contribuir para uma perspectiva de cuidado de si integrado às dinâmicas e aos aspectos existenciais do corpo.

No movimento de introduzir uma crítica ao saber biomédico contemporâneo do corpo, tomo como objeto de pensamento momentos vividos e narro situações relacionadas em minha prática médica. Utilizo esse processo de narrar, pensar e ressignificar o meu percurso profissional e vital para, ao mostrar o funcionamento de elementos da prática biomédica, ir construindo o problema dessa pesquisa e trazer um olhar da posição de onde falo como médico, na construção da perspectiva de um corpo que se faz e se refaz, processo no qual o sujeito é produtor e produto de suas experiências. Portanto, não há como iniciar a discussão sem partir de uma vivência do autor, (re)configurada na própria experiência em que se realizou, e realiza, ao narrar-se.

1.1 Reflexões sobre uma experiência no campo médico

Primeiramente, ao trazer algumas experiências que me moveram, e ainda movem, na realização deste estudo, sinto a necessidade de fazer uma breve discussão acerca de como estou entendendo o papel do intelectual como pensador e produtor da “verdade” e do “problema” no contexto de produção da pesquisa a partir de sua prática. A intenção é situar o/a leitor/a na perspectiva teórica de como incorporo tal papel, narrando e pensando minhas experiências no campo médico, as quais me levaram à construção do problema desta pesquisa.

Segundo Foucault (2010a), o papel de um pensador como um intelectual

não é mais o de se colocar ‘um pouco à frente ou um pouco de lado’ para dizer a muda verdade de todos; é, antes de tudo, o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ela é, ao mesmo tempo, objeto e instrumento da ordem do saber, da ‘verdade’, da ‘consciência’, do discurso (FOUCAULT, 2010a, p. 71)

Assim, a atribuição de um intelectual é produzir saberes que discutam e mostrem as relações de poder concretas e diárias, em seus efeitos de como atuam localmente. São ferramentas que devem servir para lutar contra o exercício das relações de saber/poder que servilizam e disciplinam sujeitos nas práticas cotidianas, através de certas estratégias de controle e vigilância (FOUCAULT, 2010a). Nesse sentido, é função do pensador fazer falar as questões específicas e locais, tensionar a rede de saberes/poderes e, desse modo, identificar funções e efeitos implicados no controle e disciplina dos corpos/sujeitos⁵

⁵Neste estudo utilizarei a expressão corpo/mente ou corpo/sujeito, visto que os entendo como intercambiáveis, interdependentes e coconstitutivos em seu existir e em todos os processos de devir existencial que lhes

Adorno (2004) refere que Foucault compôs uma crítica ao intelectual universal, aquele que aponta soluções gerais para os problemas da sociedade, aquele que, ao buscar “representar” sua consciência total e ao “apreender” o conjunto das relações sociais, revelaria a “verdade” em si, discernindo daquilo que seria “falso” e/ou produtor de iniquidades. Nessa perspectiva, no caso das transformações ocorridas nos saberes médicos⁶, as modificações nos enunciados a respeito das doenças e da saúde seriam relacionados às descobertas da ciência a respeito de objetividade corporal e, assim, mais próximas com relação à “verdade” sobre o corpo. Todavia, na crítica foucaultiana, o que sempre esteve em questão “é o que *rege* os enunciados e a forma de como se *regem* entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente” (FOUCAULT, 2010a, p. 4, grifos nossos). Para Foucault (2010a), importa saber, mais do que uma verdade absoluta da realidade, é “que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos, qual é seu regime interior de poder” (p. 4). Seria no âmbito dessa microfísica do poder o local de produção de saberes do intelectual.

Segundo Adorno (2004), para Foucault, o intelectual específico exerce outra relação entre teoria e prática. Nela, temos um sujeito que produz “um certo número de conhecimentos, que põe em prática de maneira imediata, para operar uma crítica determinada, em um campo que recobre suas competências, sobre um ponto específico” (ADORNO, 2004, p.41), nos quais se evidenciam as relações e os efeitos de poder. Nelas, as verdades estão configuradas como efeitos destas relações específicas de uma prática. Não se trata de portar verdades universais, mas pensar e usar novos recortes possíveis para os problemas relacionados às funções específicas dos locais de vida e trabalho. Nesse sentido, a respeito da produção da verdade, Foucault (2010a) chama nossa atenção ao dizer que “a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentadores de poder” (p. 12). Cada prática social e profissional e cada sociedade possuem e produzem seus regimes de verdades.

concernem com relação a si e ao meio onde vivem e se configuram, dentro de uma perspectiva de uma biologia que se auto organiza, que produz a si mesmo ao ser coconstituída com o meio onde vive e se realiza (MATURANA & VARELA, 1995; MATURANA 2001; VARELA et al, 2001; MPODOZIS, 2011; BOTELHO, 2011). Quando um ou outro for referido dentro de outro contexto, será devidamente adjetivado, como por exemplo, corpo biomédico, para caracterizar um corpo biológico naturalizado e a-histórico do ponto de vista existencial e de suas relações de poder na sociedade.

⁶ Irei discutir com mais profundidade esse assunto em capítulo específico.

Orellana (2004) corrobora com essa visão, dizendo que o “perigo da verdade”, enquanto proposição de um conhecimento em si universalizante, tende a obscurecer as noções e implicações das relações de poder na produção de conhecimentos, essenciais para o entendimento da rede e diversidade dos saberes. Segundo o autor, a matriz de pensamento foucaultiana “nos leva a pensar de determinada maneira, não a partir de uma universalidade, senão desde a particularidade que promovem os diversos regimes de verdades” (ORELLANA, 2004, p. 334, tradução minha). Tal seria a tarefa do intelectual específico: pensar sobre as condições e as regras implicadas na produção das verdades, pois operam

como um sistema de regras, em cujo contexto se desdobram modos de dizer o verdadeiro e técnicas políticas de elaboração da verdade. Desta forma, a verdade se constitui como um efeito das relações de poder que existem em cada sociedade (ORELLANA, 2004, p. 334, tradução nossa).

Ou seja, o que se chama de verdade possui contextos, historicidades, descontinuidades, relatividades, sempre do ponto de vista e da posição de quem as enuncia. É dessa perspectiva que penso tanto as verdades da biomedicina quanto as outras verdades sobre o corpo, assim como a visão de sujeito que coloco em circulação neste texto, com os recortes que realizo, ambos imbricados às posições que ocupo enquanto profissional subjetivado e produzido por saberes e práticas médicas.

Da posição de onde falo e penso enquanto médico, considero que as verdades associadas à biomedicina não são as únicas acerca dos problemas do corpo, mas um recorte dentre múltiplas verdades, o que exige do intelectual um olhar crítico ao funcionamento dos saberes que coloca em ação. Desse modo, o problema da produção da verdade exige discutir as implicações das relações de produção de saber/poder, visto que “é um produto, o resultado de um jogo de forças e que, por consequência, não existe nem uma natureza e nem uma essência da verdade se refletindo no mundo” (ADORNO, 2004, p.43).

Olhar criticamente minhas experiências, que vivo na prática médica, pode me possibilitar tanto um diagnóstico das relações e verdades que incidem sobre o corpo quanto uma crítica, enquanto uma atitude capaz de produzir linhas de fuga (FONSECA, 2008) no saber/poder biomédico com a finalidade de produzir outros saberes. No sentido de me orientar no entendimento das relações de saber/poder que incidem nas práticas biomédicas, utilizo colocações de Artières (2004) quando afirma que, para Foucault, o papel desse tipo de reflexão específica é “tornar visível exatamente o que já está visível, ou seja, fazer aparecer o

que está tão perto, o que é tão imediato, o que está intimamente ligado a nós mesmos que, exatamente por isso, não percebemos” (p. 15). Tal é a importância do papel reflexivo do autor/intelectual na prática médica imediata.

Artières (2004) ressalta a importância de fazer emergir as forças que constituem uma realidade específica, fazer ouvir e falar, mostrar limites e restrições, mostrar o que separa e impede. Nesse sentido, é essencial descolar o olhar que se exerce nas práticas específicas para, através da produção crítica sobre elas, o pensador/observador possa pensar algo novo. Nesse movimento, ele escolhe, opera distinções, atravessa experiências, desconstrói e reconstrói, subleva para poder se descolar e colar de novo com outro olhar, a partir da prática de uma relação singular do pensador com seu próprio corpo que age no mundo e pensa, em um trabalho de desapego e observação de seu ofício (ARTIÈRES, 2004). Trata-se de olhar para si enquanto prática experimental. Segundo Artières (2004), o trabalho de observação passa primeiramente por uma relação física com a prática. Produzo reflexões sobre as experiências médicas vivenciadas no atendimento hospitalar, em um exercício de si sobre si, no desprendimento das verdades que orientam a própria prática médica. É quando, então, “começa o verdadeiro trabalho, o trabalho do historiador do presente” (ARTIÈRES, 2004, p. 35), nos acontecimentos que circundam a prática como experiência significativa, despertando inquietudes e movimentos do sujeito corporificado a distinguir “problemas” e buscar por outras “respostas”.

Ao discutir tais questões que circundam a formação de um “problema” e a experiência do pensamento como “resposta”, Gallo (2008) questiona a nossa sociedade implicada nas estratégias de produção de saberes. Segundo o autor, a sociedade força o exercício de uma máquina explicadora e liga o aprendizado a uma explicação objetiva, uma formulação que coloca o especialista do conhecimento como figura central. Tal é a lógica, segundo Gallo (2008), do mecanismo de produção de verdades. Todavia, para ele, a questão do “problema” se apresenta de outra maneira, pois ele “é fruto de uma experiência sensível (...), é da ordem do ‘acontecimento’ (...), sempre uma singularidade, por sua vez composta por um agenciamento de singularidades” (GALLO, 2008, p.118). Observar e colocar o “problema” como experiência do sensível “impõe-se frente a um fato para o qual nós não dispomos de nenhuma fórmula capaz de guiar-nos em sua descrição (...), [cuja] resposta precisa ser construída” (p. 118-119). A “resposta”, ao invés de ser consequência de uma “máquina”

explicadora do especialista, articula-se ao agenciamento e composição de múltiplas e heterogêneas condições que se constroem no processo de experiência. “Não podemos transformar o problema em método, em metodologia, como etapa a ser superada. Ou o problema é fruto da experiência, ou não é problema” (GALLO, 2008, p.120). Trago o problema dessa pesquisa como fruto de minha experiência, de acontecimentos significantes que atravessaram minha prática.

O problema não desaparece com discussões de soluções objetivas. Ao contrário, produz novos significantes a partir da experiência que o provocou, outras possíveis verdades e novas relações de saber e poder. O problema parte da experiência do pensamento, do sujeito em ação e da experimentação no mundo que o transforma. Mais semelhante a um devir do sujeito no mundo. Portanto, o “problema é mais que sua enunciação linguística” (GALLO, 2008, p.122) é um acontecimento heterogêneo do sujeito investigador que se origina em sua inserção na experiência que realiza no mundo.

Trata-se de olhar para si como experimento sensível: “Eis a única condição para o exercício do pensamento próprio, de um pensamento autônomo não tutelado, não predeterminado” (GALLO, 2008, p. 124). Pensar dentro do já pensado, ancorado em um saber já “transmitido”, não cria condições para fugir das “soluções” conhecidas. “Por outro lado, ao experimentar os próprios problemas, temos a possibilidade de instaurar um pensamento do novo” (GALLO, 2008, p. 124). Assim, no caso desta pesquisa, busco tornar visíveis práticas médicas, usualmente postas em funcionamento no atendimento em saúde no hospital público onde atuo. Procuo chamar a atenção e questionar, de modo mais amplo, como os discursos biomédicos direcionados ao corpo dos pacientes guardam certas relações de poder geradas nessas práticas. É embasado em tais ferramentas de análise que passo a narrar e pensar sobre momentos vivenciados durante atendimentos em saúde, no hospital onde atuo como médico no Setor de Emergência.

1.2 Pensando uma prática médica que se fez e faz nas experiências do cuidado

A tela do computador, ligada 24h por dia, mostra a troca incessante de nomes de pessoas à medida que são atendidas e incorporadas ao processo de exame praticado na emergência de um grande hospital público de Porto Alegre, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde trabalho. Os consultórios do plantão da emergência estão todos

permanentemente abertos e à disposição da premência de consultas. O paciente, com frequência, já chega enquadrado pelo sistema, oriundo de outra regulação institucional, Prefeitura ou Estado, ou, ainda, pela livre demanda de sua necessidade de saúde. Todos são atendidos na sequência ou na prioridade com a qual se apresentam ao sistema de triagem. As consultas invariavelmente são breves e dirigidas ao problema orgânico do paciente.

Há um conjunto de profissionais envolvidos nesse fluxo: desde aqueles que trabalham nos postos ou em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), da secretaria até os médicos, passando por técnicos de enfermagem, enfermeiros, motoristas de ambulância, seguranças, telefonistas, funcionários da limpeza ou aqueles que cuidam e fornecem os materiais, tanto administrativos como os utilizados no cuidado médico. Assim acontece, tanto nas unidades básicas de saúde, UPA's quanto nos hospitais, atuando diversos servidores. Quando um médico atende e pensa para produzir um diagnóstico em um doente, a partir de técnicas de exame, mesmo que a responsabilidade final possa ser atribuída a ele, não o faz sozinho: trata-se de um trabalho coletivo e multidisciplinar, uma rede de cuidado institucionalizada que reúne um conjunto de técnicas e saberes que se articulam para produzir uma imagem, uma configuração de alterações corporais, designada como doença.

Ao ser recebido em um Pronto Atendimento ou numa Emergência, o indivíduo é classificado por um sistema de risco, usualmente por um profissional da enfermagem, em termos de intensidade ou gravidade dos sintomas objetivos, baseado no Protocolo Manchester⁷. A meta é evidenciar a necessidade de intervenção terapêutica imediata ou não, a urgência clínica. Na sequência, segue para o atendimento pelo médico. O indivíduo é submetido, então, a práticas de diagnóstico: uma entrevista, cujos sintomas subjetivos são focados e direcionados na procura do órgão doente (sintomas respiratórios, urinários, neurológicos, cardiológicos, endocrinológicos, reumatológicos, gástricos e intestinais,

⁷ O Protocolo de Manchester é um sistema de classificação de risco que inicialmente foi implantado no *Manchester Royal Infirmary* na cidade de Manchester, em 1997, e desde então foi adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido. Desde o ano de 2000 um número significativo de instituições de saúde de várias realidades geográficas e populacionais vem implantando o Sistema Manchester de Classificação de Risco. O Sistema Manchester de Classificação de Risco utiliza uma metodologia de trabalho compatível com a prática médica em situações de urgência, uniforme e objetiva. O Protocolo de Manchester permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até a avaliação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço de urgência, quer em situações de catástrofe ou múltiplas vítimas. (Fonte: <<http://gbc.org.br/>>. Acessado em 23/02/21)

infecciosos) e um exame físico orientado à hipótese diagnóstica da entrevista para, a seguir, serem indicados exames complementares de laboratório e/ou de imagem (Rx, ecografia, tomografia, eletrocardiograma, endoscopia).

Tais práticas clínicas transformam o indivíduo em um produto analisável e compreensível dentro da perspectiva biomédica, um caso clínico passível de ser classificado com um nome de doença, ordenado e controlado em um fluxo de gestão de corpos, através do qual o indivíduo é inserido na rede de cuidado. A partir desse processo, os indivíduos tornam-se o nome de uma doença, coisa biológica anônima sujeita ao saber do especialista. Configura-se um tipo de gestão disciplinar que rege corpos em categorias, fluxos de classificação, de exames e terapêutica segundo uma biologia inata, cuja subjetividade é voltada quase exclusivamente ao que é biológico, sem história existencial. Cada corpo classificado segue um rumo no processo classificatório e disciplinar para se diagnosticar uma doença: desaparece o sujeito para emergir um caso.

Entendo a disciplina enquanto um conjunto de técnicas dirigidas aos corpos cujo efeito principal é a produção de relações de dependência e de poder sobre o corpo que o “esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma ‘anatomia política’ que é também igualmente uma mecânica do poder (...) [de] como se pode ter domínio sobre os corpos dos outros (...). A disciplina fabrica, assim, corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’” (FOUCAULT, 2017, p.135). Trata-se de um investimento detalhado sobre o corpo. No caso da biomedicina, um trabalho que incide em sua estrutura e na intervenção nos mecanismos dessa estrutura com fins de assegurar o que ela considera normal. Para tanto, a disciplina se vale de estratégias bem definidas: uma arte das distribuições que, no caso da biomedicina, se entrelaçam os espaços físicos de internação em um hospital ou atendimento comunitário com as classificações em doenças; o controle das atividades dos corpos na rede de cuidado, como o que se deve ou não comer, como se comportar, as atividades possíveis e as proibidas em um enquadramento do sujeito em sua manifestação existencial e a redução funcional do corpo em uma “inserção desse corpo-segundo em todo um conjunto com o qual se articula” (FOUCAULT, 2017, p. 161) no saber biomédico.

Nessa perspectiva, uma das estratégias dos processos disciplinares praticados na biomedicina são as técnicas de exame clínico dirigidas aos corpos, que atuam classificando-os em um caso de doença, pois “capta-os num mecanismo de objetivação” (FOUCAULT, 2014,

p. 183). Na prática biomédica, produzem diagnósticos que permitem “acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir casos análogos” (FOUCAULT, 2014, p.185). Assim, gera-se um saber através da objetividade do corpo “tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros” (FOUCAULT, 2014, p. 187). Para que o corpo/sujeito se constitua em um caso clínico no âmbito da biomedicina, historicamente tornou-se necessária a transformação do olhar sobre o corpo na forma de um “objeto descritível, analisável (...) sob um controle de um saber permanente” (FOUCAULT, 2014, p. 186), praticado em instituições de saúde e historicamente aperfeiçoadas .

Tal processo constitutivo de um caso faz parte da assimilação do indivíduo, um tipo de captura pela rede institucional de saúde, em qualquer nível em que se possa pensar. Cada corpo ingressa como pessoa a ser analisada, submete-se ao processo de exame para, então, tornar-se um caso, classificado como outros de sua espécie patológica. Ocorre um processo de transformação no qual o corpo, passivo e docilizado, se enquadra e submete-se ao saber biomédico. É diagnosticado a partir de uma verdade que o nomeia sob uma patologia anônima suscetível de controle e vigilância do seu corpo por um especialista: entra como pessoa com sintomas e sai com o diagnóstico de diabetes, que o inclui no grupo de diabéticos, tratado por um endocrinologista, por exemplo.

Diante disso, torna-se importante pensar o que pode significar tal rede institucional de manejo da saúde, em especial no regime neoliberal⁸, no qual o cuidado é voltado quase exclusivamente ao corpo biológico, sendo o hospital uma dessas instituições, em particular. Para Foucault (2002), as instituições hospitalares inserem-se no conjunto de instituições que surgiram e foram produzidas, durante a ascensão do capitalismo, tais como as escolas, a fábrica e a prisão, cuja finalidade seria fixar e disciplinar indivíduos, capturando-os e ligando-os “a um aparelho de correção, um aparelho de normalização” (p. 114). O funcionamento de tais instituições, o hospital em particular, por um lado, revela-se como de inclusão à rede de cuidado, ao cooptar o sujeito e enquadrá-lo numa perspectiva de tratamento, e, por outro, de exclusão, na medida em que o sujeito e sua existência desaparecem para se tornar um caso, especificado por um nome de doença e, quando de um tratamento, quimicamente e coercitivamente normalizado conforme padrões e diferentes distribuições de normalidade, considerando o tipo de patologia orgânica. Foucault as

⁸ Irei aprofundar a discussão das estratégias do biopoder que incidem sobre a saúde do sujeito e sua subjetivação no regime neoliberal em capítulo específico.

denomina de “rede institucional de sequestro” (FOUCAULT, 2002, p. 115), cuja função disciplinar primária, no caso dos hospitais, é “a de simplesmente controlar seus corpos (...) de formar, de valorizar, segundo determinado sistema, o corpo do indivíduo (...) [em um] controle social do corpo” (FOUCAULT, 2002, pp. 118-119). Nelas, se exerce um tipo de poder que é polimorfo, quase invisível, mas poderoso: controlam-se corpos e doenças dentro de padrões de normalidade ditados pelo saber do especialista sobre a biologia corporal. Um poder que produz saberes sobre os sujeitos e seus corpos enquanto objetos. Nessas condições de relações de poder/saber, suas histórias existenciais e singulares possuem pouco ou nenhum espaço de se fazer falar. Tal procedimento, em medicina, tornou-se possível ao fazer surgir objetividades corporais através de tais exames incluídos no ritual biomédico. Transformam sujeitos em casos clínicos, com patologia localizada, capazes de se submeterem à verdade, objetiva e especializada, produzida sobre seus corpos. Trata-se de “um poder múltiplo, automático e anônimo” (FOUCAULT, 2014, p. 173).

Na maior parte das vezes, o indivíduo é recebido na rede de cuidado já capturado e subjetivado na auto percepção do corpo como estrutura de órgãos doentes. Bastante comum, a experiência prática o demonstra, é o fato de o paciente chegar ao atendimento e sair dizendo que o que dói são suas pedras nos rins, que têm problema na vesícula ou é cardíaco, colocando seus exames de laboratório ou imagem em cima da mesa e, à resposta de "o que está acontecendo com o senhor o que o senhor sente?", ele diz "está tudo aí nos exames, doutor!". Muitas vezes, nem é o indivíduo quem fala. Quem informa, em seu lugar, por solicitação do próprio paciente, é o familiar que o acompanha, frequentemente ambos se satisfazendo com algum modo explicativo proveniente do saber biomédico sobre seu corpo. O diálogo, quando acontece, é orientado pela função biológica, cujo saber é exercido pelo especialista e o doente tende a nada saber e nada poder fazer sobre si, a não ser seguir com a orientação médica, sem sequer refletir sobre sua história existencial e o que o levou a essa condição mórbida.

Nessa perspectiva, o sujeito é capturado, inscrito, servilizado, docilizado e marcado por uma doença localizada em órgãos do corpo, cujas funções orgânicas “defeituosas” devem ser “corrigidas” e “normalizadas” através da sua bioquímica molecular, um saber que não é seu, mas do especialista. Trata-se de um corpo destituído das experiências existenciais, que modelaram sua vida como sujeito, imbricadas ao processo de enfermidade.

Com a hipótese de alguma doença confirmada, orienta-se o paciente para o tratamento indicado ao(s) órgão(s) acometido(s), com medicamentos de ação nos sistemas fisiopatológicos - químicos e moleculares - nos tecidos e estruturas vivas (antibióticos, anti hipertensivos, analgésicos, broncodilatadores, anti inflamatórios, dilatadores coronarianos, anticoagulantes, inibidores da secreção gástrica, reposições hormonais ou bloqueios hormonais). De um modo geral, toda a fala do sujeito sobre o que sente durante a enfermidade, sua experiência cognitiva e singular do adoecer, é adaptada, dirigida e considerada somente se consegue ingressar nessa rede de saberes que classificam, vigiam, produzem laudos e registram alterações em órgãos de um organismo. A experiência singular, o sintoma idiossincrásico que emerge quase exclusivamente na narrativa do enfermo, qualquer sintoma que não apresente relação com o mecanismo biológico validado pela biomedicina, mas frequentemente significativa para o sujeito que o experimenta, não é considerado, muitas vezes sequer ouvido, pelo especialista. Se a biomedicina afastou a singularidade dos movimentos existenciais do sujeito dos processos vitais e de enfermar-se, essa pesquisa irá se pautar pela discussão do resgate de uma perspectiva corpo/mente/sujeito/meio em um entrelaçamento coconstitutivo de intensidades e fluxos para além dos órgãos, nos quais a percepção de si enunciada no próprio linguajar do sujeito seriam os significantes para outro tipo de exame em medicina: um exame que parta dos saberes dos sujeitos acerca de si, de uma ética consigo mesmo e com seu semelhante, de como isso o afeta e o transforma para, assim, o sujeito capacitar-se para ressignificar seus fluxos existenciais em relação a si e aos outros, instrumentalizando seu próprio corpo no sentir-se bem.

De tal modo somos subjetivados na perspectiva de corpo biomédica que, segundo Faure (2005),

(...) 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 (...) [que] orienta nossa representação e nossa experiência do corpo (...) [ao convertê-lo] em um objeto exterior [a si mesmo]" (FAURE, 2005, p. 23, tradução nossa).

O autor argumenta que tal perspectiva, ao falarmos sobre nós mesmos em termos de órgãos, doentes ou não, produz-se uma espécie de fragmentação do corpo, uma disjunção entre corpo, mente e experiência; ou seja, no modo de como o sujeito se vê em relação a si. Ao invés de perceber a si mesmo como experiência sensível, inseparável e irreduzível, viva e

única no mundo, a biomedicina, quando localiza e identifica a doença nos órgãos alterados patologicamente, separa o corpo e a experiência psíquica, fragmentando a vivência do sujeito. Essa é a diferença que marco entre a visão biomédica alicerçadas na objetividade científica do corpo e a visão de um corpo existencial, cuja forma, na saúde e na enfermidade, moldam-se ao conjunto de relações do sujeito em atividade no mundo, de como é afetado, de como incorpora perturbações, de como tais incorporações emergem na percepção de seu corpo, de como o sujeito as manifesta através de intensidades e fluxos do existir, no falar de si, no modo de como utiliza o ato falante para se auto descrever e de que tecnologias de cuidado pode-se pensar nesse sentido.

As práticas biomédicas configuram-se, portanto, como um ritual de verdades direcionadas ao corpo que o classificam e o docilizam, alicerçadas em um esquema de disjunção, controle e disciplinarização do corpo, ao ser categorizado com um nome de doença (diabético, cardiopata, asmático, reumático, neurológico, nefropata, portador de urolitíase ou de colelitíase ou, nos casos de doenças epidêmicas, de malária, Zika, Dengue, Ébola, COVID, pois designadas conforme seu agente etiológico classificado). Ao fim e ao cabo, a sensação subjetiva que se vive nesse processo de captura e formação de um caso, na maior parte das vezes, é de que perdemos o “domínio” sobre nossos corpos e que nossa vida e saúde corporal está à mercê de verdades produzidas por um esquema técnico que irá dizer algo sobre nós, a partir de um funcionamento das nossas estruturas biológicas.

A perspectiva do corpo objetivo, disciplinado, docilizado, biológico e anônimo, conforme as considerações até agora argumentadas, pode levar a pensar na emergência de uma possível *crise da biomedicina* (FOUCAULT, 2010b) que discutiremos mais pormenorizadamente em capítulo específico. Assim, a biomedicina é caracterizada pela objetividade científica que possibilita o distanciamento e a disjunção sujeito/meio e corpo/mente, pela intensa tecnificação de procedimentos nas quais o médico e os profissionais da saúde tornam-se quase dependentes da alta complexidade da indústria de produção biotecnológica, de uma abordagem terapêutica cada vez mais inseparável das custosas pesquisas biológicas realizadas em laboratórios, pela produção industrial de medicamentos e de tecnologias de investigação. Nesse ínterim, o sujeito existencial progressivamente desaparece da cena do cuidado enquanto estratégia da produção de si, em função do corpo biológico. Tal disjunção pode se revelar uma forte marca de uma crise na biomedicina

marcada pelo imperialismo do corpo objetivo em detrimento do corpo existencial. É desse modo que entendo o saber biomédico, e seu ensino sobre o corpo, desde os séculos XVIII e XIX, como declaradamente objetivo e fundamentado em princípios, conhecimentos e técnicas científicas.

Um dos alicerces da potência da produção desse saber está na proposição de seu método de observação das entidades físicas como objetos independentes do observador. Nas palavras de Gadamer (2006),

Aquilo que através do método científico pode ser considerado como experiência segura é caracterizada pelo fato de ser basicamente independente de qualquer situação de ação e de qualquer integração da ação. Ao mesmo tempo, essa ‘objetividade’ significa que ela possa servir a qualquer contexto possível da ação (GADAMER, 2006, p. 10).

No processo de objetivação do corpo, pelo qual se gera a percepção de doenças enquanto patologias de órgãos, independentes dos contextos emocionais e/ou subjetivos implicados na percepção corporal, a produção científica biomédica se alicerça em uma metodologia que se reivindica como sendo a única possibilidade de segurança experimental: “um poderoso distanciamento” (GADAMER, 2006, p. 77), que visa proteger-se das possíveis “inseguranças” que podem representar as “incertezas”⁹ das dimensões subjetivas do sujeito observador de si junto ao médico no encontro do cuidado. Tal é o contexto geral de uma possível crise na biomedicina que discutirei adiante.

Todavia, trago reflexões, no curso desta pesquisa, que nem toda produção científica é pensada assim e que a incorporação do sujeito/observador na produção dos saberes sobre a biologia de nosso corpo se apresenta como uma ruptura epistemológica no campo de produção científica (MATURANA & VARELA, 1995; VON FOERSTER, 2006; FEYERABEND, 2003; STENGERS, 2002). De qualquer forma, veremos a seguir que tal regime de verdades científicas sobre o corpo, pretensamente “neutras”, irão fundamentar o ensino dos saberes médicos e os diagnósticos e tratamentos de doenças alicerçados na biomedicina, com pouca ou nenhuma abertura para a discussão de outros modos de se pensar a ciência e o corpo.

⁹ Os processos de “incertezas” vinculadas à coconstituição do corpo enquanto forma existencial psíquica/social/física e suas relações com outro modo de se produzir ciência, relacionado, provavelmente, a redes de probabilidade e fluxos evolutivos de estruturas que contrariam a segunda lei da termodinâmica, à semelhança de como se organiza a matéria viva – forma biológica que opera afastada da entropia - (PRIGOGINE, 1996, 2000), serão discutidos de modo mais profundo no curso da pesquisa.

1.3 O corpo como objeto a serviço do especialista: o ensino

Tais discussões, que foram surgindo no viver e pensar minha experiência médica constituída no seio da biomedicina, carregam a intenção de ir construindo e mostrando questões relacionadas ao corpo no campo médico, objeto de minha prática e estudo. Proponho, portanto, pensar o corpo com seus processos de adoecer, sofrer, tratar, sentir-se curado ou morrer, como discutiremos ao longo da pesquisa, para poder gerar outras perspectivas, que integrem o corpo e a mente como uma unidade prática processual e existencial, contribuindo, talvez, com outros cuidados em saúde.

Minha formação médica, inicialmente, ocorreu através dos fundamentos da biomedicina. Entrei na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 1979, com a conclusão em 1985, seguindo com a residência médica em cirurgia geral no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) por três anos. Logo nos primeiros anos, após finalizar a residência, iniciei a trabalhar como emergencista em um hospital privado de Porto Alegre, atendendo a pacientes clínicos e cirúrgicos. A grande maioria era de indivíduos com agravamentos transitórios de alguns problemas de saúde ou com queixas, muitas vezes, difusas de mal-estares associados à angústia e à ansiedade. À "simples" pergunta se havia algo a mais que gostaria de dizer, não era incomum o transbordar de uma narrativa pessoal de sofrimento. Ou, noutros casos, ocorria um fechamento emocional da pessoa na consulta, sugerindo que também haviam coisas que não poderiam ser ditas a um "estranho". Tais situações foram gerando a percepção sensível de que o doente possuía outra história que aquela restrita à doença física, uma pessoa com uma história de vida e que, possivelmente, essa história poderia estar conectada a esses processos de adoecer. Essa percepção, de alguma forma, me intrigou. A persistência de seu acontecimento ao ser afetado a cada consulta gerou dúvidas acerca da prática que eu vinha tendo como médico. A Universidade não havia proporcionado discussões sobre sujeitos doentes, somente sobre corpos anatomizados e fisiológicos através de disciplinas e saberes especializados.

A experiência de vivência clínica, com sensibilidade e acolhimento da queixa do paciente, a percepção de que havia uma pessoa com uma história de vida de relações, sofrimentos "outros" que emergiram ou se escondiam na minha presença durante a consulta, permitiram-me novas percepções e possibilidades. Esse tipo de experiência de vida profissional moveu-me a procurar explicações ao que acontecia, que significados tinham tais

percepções de sofrimento. Considerei que o que "aprendi" na minha formação médica pouco me sustentaria para a prática como profissional do cuidado, pelo menos na perspectiva do cuidado do sujeito como um todo.

Assim, por quase três anos percorri saberes gerados pela psicologia junguiana e pela Medicina Chinesa na busca de outras perspectivas de entendimento do adoecer. Essa busca me trouxe a percepção de que havia outros saberes sobre o corpo, como o papel da mente e das emoções no conjunto do sofrimento físico do paciente e da constituição de sua enfermidade. Tais limites de minha prática do cuidado e as opções que se mostraram como alternativas para uma possível prática integrativa do cuidado moveram-me a me matricular em um curso de formação em Homeopatia, ministrado pela Sociedade Gaúcha de Homeopatia com sede na AMRIGS (Associação dos Médicos do Rio Grande do Sul) reconhecido pela Associação Médica Brasileira. Fiz a prova de especialista e a seguir fui contratado para ser professor no curso onde fiz formação. Tive uma atividade institucional como vice-presidente da região sul da Associação Médica Brasileira de Homeopatia, onde coordenei o grupo de escolas de formação em Homeopatia no Brasil.

Hoje tenho uma espécie de "vida dupla" na prática médica, que me permite vivenciar e transitar em ambas as experiências: a do corpo orgânico e a do corpo dinâmico e vitalizado enquanto experiência existencial. São dois universos de saberes que muitas vezes podem ser complementares, mas frequentemente são divergentes em sua racionalidade, epistemologia do corpo e tipos de cuidado, caracterizando um tipo de heterodoxia na prática médica.

A experiência de viver as duas práticas médicas evidenciou, para mim, diferenças no olhar para o sujeito doente e seu cuidado. Por um lado, o olhar biomédico, centrado na técnica (do ponto de vista científico), oferece um cuidado bastante eficaz do ponto de vista do controle da doença do corpo a partir de medicações, prescritas por especialistas, que agem nos mecanismos fisiopatológicos e moleculares dos órgãos. Por outro, o olhar vitalista¹⁰, cuja

¹⁰ Cada escola vitalista desenvolveu um conceito particular: *Ánima* em Aristóteles, *Dynamis* na Homeopatia, *Qi* na Medicina Clássica Chinesa, o vitalismo de Haller (1708-1777) na Escola de Montpellier, o vitalismo de Barthez (1734-1806) e o vitalismo de Bichat (1771-1802), entre outros, apesar deste último ter sido central na construção de uma visão de corpo anatomopatológico através do conceito de "tecido" orgânico. Não há como enquadrar as noções vitalistas das escolas em um perfil único, em seus princípios doutrinários, mesmo porque muitos dos vitalistas, como Bichat, contribuíram para a produção de conhecimentos sobre os órgãos e sobre a embriogênese. Foge do escopo deste trabalho uma análise das diferenças entre as escolas e de suas contribuições, mesmo que paradoxalmente, para o corpo de órgãos. O conceito de vitalismo que trabalho nesse estudo é baseada na ação corporificada de uma dinâmica corporal que se produz, um conceito voltado a processos de

técnica é atravessada por incertezas, pois dependente do fluxo dos enunciados vividos pelo sujeito, que se apresentam em tipos de camadas de subjetivações na percepção de si transcorridas ao longo da vida, revelando o processo de adoecer como manifestação da unidade corpo/mente. Na primeira, a doença é uma entidade coisificada e a cura seria sua extirpação ou seu controle, na segunda é o processo de enfermar-se que afetou a sensorialidade do sujeito, o modo de como o viveu, e a "cura" um processo de ressignificação destas relações de adoecimento.

A pertinência de trazer tais discussões e questionamentos relativos à biomedicina está em criar argumentos para se discutir e abordar o corpo a partir de outra perspectiva: uma visão de corpo que se coconstitui com o meio, atravessado por processos que se configuram a si mesmos, auto organizativos. Em outras palavras, trata-se de um convite a pensar o corpo como instrumento de vida e a enfermidade como experiência do sujeito, configurando um corpo dinâmico que se faz e se desfaz e sua "saúde" como efeito de processos, fluxos e intensidades, constitutivos do sujeito na relação com o meio. Porém, tais perspectivas não têm espaço para serem abordadas e discutidas no curso de graduação em medicina.

No Brasil, o ensino superior é orientado, em nível nacional, pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) através da Câmara de Educação Superior (CES) que, no âmbito do ensino médico, publicou e instituiu o dispositivo Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs Medicina), homologado pelo Ministério da Educação, publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 06/06/2014, seção 1, pág 17 e aprovado na Resolução nº3 de 20 junho de 2014 do Ministério de Educação (BRASIL, 2014)

No seu artigo 2º, as DCNs do Curso de Graduação em Medicina estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina com carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização. No artigo 3º, orienta que o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de

contínua transformação, estruturando-se e conservando-se no próprio fluxo de mutações que singularizam cada sujeito e sua forma vital de existir (o corpo existencial/o corpo da experiência), processos que se constituem nas contingências do existir singular e significativo, movimentos e mecanismos de produção corporal que nunca terminam de se produzir nas relações que estabelece com o meio (Maturana & Varela, 1995). Um vitalismo da ação e dos movimentos enunciativos de si (Foucault, 2006; Deleuze & Guattari, 2017a; Guattari, 2012; Rolnik & Guattari, 1996). Quando se tratar de vitalismo de alguma escola especificadamente, será trabalhado o conceito da escola e suas possíveis relações com os argumentos do ensaio.

atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Na Atenção à Saúde, segundo as diretrizes instituídas, o graduando será formado para considerar

sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I - acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas;

II - integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde, de modo a construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades e reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde;

III - qualidade na atenção à saúde;

IV - segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados nos mais altos padrões da prática médica, de modo a evitar riscos, efeitos adversos e danos aos usuários, a si mesmo e aos profissionais do sistema de saúde;

V - preservação da biodiversidade com sustentabilidade;

VI - ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética;

VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;

VIII - promoção da saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde;

IX - cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado; e

X - Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades. Tais dimensões da atenção em saúde devem ser acompanhadas de práticas de gestão do cuidado, valorização da vida, tomada de decisões, construção participativa do sistema de saúde e com participação social e articulada nos campos de ensino e aprendizagem das redes de atenção à saúde, colaborando para promover a integração de ações e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, boa

prática clínica e responsável, incrementando o sistema de acesso, com equidade, efetividade e eficiência, pautando-se em princípios humanísticos (BRASIL, 2014, p. 2)

No que tange ao conteúdo curricular, as diretrizes apontam para os seguintes princípios:

Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico os utiliza;

Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental. (BRASIL, 2014, p. 10-11)

No que se refere às dimensões pedagógicas, as diretrizes destacam a importância dos projetos pedagógicos dos cursos incorporarem metodologias ativas de ensino/aprendizagem, visando cumprir com a proposta de integração de conteúdos, de aprendizagens em grupos pequenos e baseadas em situações problema da prática real da medicina, voltando-se primariamente para o trabalho do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Estimulam a busca por uma orientação de ensino que seja voltado às Ações Primárias de Saúde (APS) enquanto integralidade do processo saúde/doença em uma ética que envolva questões individuais e sociais, a partir de uma metodologia que integre ensino/aprendizagem.

No entanto, tal proposição de ensino/aprendizagem baseada em situações-problemas advindos da prática em medicina, no que se refere ao corpo e ao processo saúde/doença, tende a não se traduzir em uma perspectiva que abra possibilidades para se produzir outros saberes acerca do corpo. Ao contrário, o ensino e a aprendizagem seguem fundamentados no conhecimento biológico alicerçado no saber especialista. As DCNs de Medicina não referem outros saberes sobre o corpo e outras práticas do cuidado, restringem-se às orientações de estratégias sociais para a compreensão socioeconômica do processo de adoecimento, mas esse enquanto evento biológico. Tal constatação me move a pensar minha prática e observar o

trabalho de outros colegas médicos enquanto práticas do cuidado, desempenhadas na especificidade do saber biomédico. Não julgo, aqui, a excelência das boas práticas biomédicas exercidas por médicos escrupulosos, cujo cuidado ao doente se mostra eficaz e eficiente. Minha intenção, outrossim, é discutir a produção de saberes anatomizados que incidem no corpo como forma de disciplina, subjetivação e controle, restringindo ações de cuidado integrativas que se orientem pela autonomia¹¹ do sujeito no cuidado ético de si, “livre” de saberes especializados frequentemente estranhos aos acontecimentos existenciais que levaram o sujeito à consulta médica.

Em relação ao currículo da FAMED/UFRGS, faculdade de medicina onde me graduei, constato, ao acessar a página do Tutorial do Curso 2021¹², que o mesmo busca seguir as diretrizes das DCNs Medicina, no que tange aos seus princípios. Apresenta como objetivos gerais orientar o ensino médico para a formação geral de um profissional comprometido com a questão social e a integralidade do processo saúde-doença, visando a integralidade amparada em uma base humanística e crítico-reflexiva sintonizada com uma formação de abordagem progressiva que visa o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a aprender, permitindo a autonomia do egresso em seu aprendizado continuamente, podendo sempre agregar novos conhecimentos médicos e tecnológicos, empregando-os ética, científica e criticamente, através do ensino das APS como componente que permeia o currículo.

Ressalto que não é objetivo desta pesquisa realizar e aprofundar um estudo curricular do ensino médico, pois o objeto de atenção, aqui, é o corpo. O estudo curricular demandaria não só uma análise mais detalhada dos seus conteúdos, como também das abordagens desenvolvidas em sala de aula pelos professores para se conhecer os saberes e práticas discutidas em sala de aula, para além das ementas disciplinares. Ao olhar a grade curricular disponibilizada para os alunos, procuro chamar a atenção para a visão de corpo apontada, no ensino médico, nos nomes atribuídos às disciplinas e suas súmulas. Não há referência, no tutorial, a disciplinas que abordem outras práticas do cuidado médico, a não ser a biomédica. É possível que, em algumas situações de sala de aula, ocorram discussões tratando de críticas à biomedicina e abordem uma visão de corpo que se coconstitue nos seus processos de

¹¹ Por autonomia refiro-me a uma atitude com condições de criar fissuras nas práticas, no caso as médicas, imbricadas à norma na busca por uma existência governada por si (FONSECA, 2008).

¹² <https://www.ufrgs.br/famed/wp-content/uploads/2022/01/tutorial-academico-med-2021-compactado-1.pdf> acessado em 06/11/2022

relações, assim como práticas médicas integrativas no que se refere à enfermidade e ao cuidado.

Destaco novamente, que as discussões acerca do currículo médico, nesta pesquisa, restringem-se, a comentários a partir da observação do tutorial acadêmico e de algumas ementas que trazem os conteúdos a serem ministrados nas aulas, o que me mostrou uma ênfase biologicista. Assim, parece ocorrer uma certa discrepância entre as diretrizes das DCN's Medicina e o que se propõe, em linhas gerais, como conteúdo no ensino médico.

Nesse sentido, as implicações das diretrizes das DCN's Medicina, relativamente ao currículo, parecem-me restringirem-se aos princípios, pois os nomes das disciplinas que integram o ensino médico, cerca de 85,91% das horas de ensino, indicam conteúdos voltados para a produção praticamente exclusiva de saberes especializados relativos ao corpo biomédico. O ensino biologicista, nos primeiros anos, integra disciplinas, tais como fisiologia, embriologia, genética, histologia, patologia, imunologia, farmacologia, e, nos anos mais avançados até o final do curso, incluindo o internato, pauta-se pelas especialidades clínicas endocrinologia, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, reumatologia, traumatologia, gastroenterologia, anesthesiologia, entre outras. No restante de horas do curso, há cerca de 14,1% de horas de ensino voltadas à saúde comunitária, à atenção primária, à saúde da mulher, da criança e do idoso, à saúde e sociedade, sem, contudo, indicar espaços de discussão acadêmica acerca dos corpos, segundo o tutorial acadêmico. Portanto, o currículo do curso para a formação médica, ainda hoje, fundamenta-se no conhecimento do corpo produzido pelo campo biológico. Com tais discussões não tenho como propósito analisar o currículo da Faculdade de Medicina da UFRGS, mas trazer elementos e argumentos na direção de criar a necessidade de introduzir saberes de outros campos, relativos ao corpo, para gerar algumas "fissuras" e possíveis mudanças no paradigma biologicista vigente na medicina.

No que se refere a uma visão mais humanística para o ensino médico, Silva et al (2015), ao estudarem comparativamente o currículo de duas escolas de medicina, uma voltada a conteúdos humanísticos e outra voltada a aspectos técnicos e biológicos da medicina, discutem a humanização do ensino médico e a "batalha travada entre a relação médico-paciente e médico-máquina-paciente" (p. 298). Para os autores, o ensino interdisciplinar e a Educação Baseada em Problemas (EBP) abrem possibilidades de se construir algumas disciplinas formativas que ressaltem "a importância da superação do doente

e de seu corpo apenas como objeto de intervenção (...) [e a ampliação] da ação do médico para promotor da saúde" (p. 301). No entanto, o estudo refere que "os estudantes de medicina se mostram refratários às abordagens críticas das ciências sociais em relação ao corpo, à saúde e à doença, como também em relação à própria medicina" (p. 301). Segundo eles, um dos motivos advém do fato de que tais saberes não se produzem somente na academia, mas os alunos já chegam à Universidade assim subjetivados desde o ensino médio.

Mesmo que alguns cursos orientem o ensino com uma visão humanística e realizem práticas nos locais próximos à comunidade, "prevalece a visão biocêntrica da saúde baseada na tríade queixa, diagnóstico e prescrição de tratamento" (SILVA et al, 2015, p. 301). Os autores discutem a insuficiência e dificuldade das DCNs Medicina em reorientar o ensino médico, pois

o paciente precisa ser compreendido como ser biopsicossocial, suscetível às alterações em seu meio ambiente ou em sua mente [e] compreender essa condição é derrubar todo e qualquer pensamento mecanicista que reduz o tratamento apenas ao processo de restabelecimento da 'normalidade' da máquina humana (SILVA ET AL, 2015, p. 303).

Os autores destacam que "apenas constar nas ementas dos Projetos Políticos Pedagógicos conceitos sobre humanização não é suficiente para formar profissionais completamente humanizados" (SILVA et al, 2015, p. 306).

Outro ponto central a ser debatido no modelo de ensino biomédico, segundo Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2006), trata-se da questão da subjetividade na sua relação com o corpo. Para os autores "a subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano, e mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial, nunca chegou a ser objeto das ciências biomédicas" (p. 1095). Segundo os autores, segue sendo ausente nas práticas de cuidados clínicos e terapêuticos do médico generalista e nos currículos de formação médica até a contemporaneidade. As doenças, consideradas como entidades autônomas coisificadas na estrutura orgânica, no "momento do diagnóstico (...) perdem-se as contextualizações histórica e social que se apresentavam" (GUEDES, NOGUEIRA E CAMARGO JR, 2006, p. 1096).

Para a construção de um olhar crítico, penso ser necessário conhecer e debater acerca de outras visões de corpo no ensino médico, a fim de que se possa gerar desconstruções e rupturas necessárias à produção de um profissional da saúde voltado ao sujeito e sua

singularidade existencial. Tal prática em saúde pode contribuir para que o sujeito/paciente construa e adquira uma conduta voltada à percepção de si alicerçada em uma ética orientada pela autonomia do sujeito para ressignificar sua existência através de outras compreensões de sua enfermidade. Todavia, dificilmente o ensino médico produzirá um saber que integre mente/corpo, na perspectiva de suas intensidades e constituição nas experiências, se permanecer inserido apenas no horizonte organicista. Embora relevante, não basta ampliar o aprendizado em âmbitos sociais para a compreensão do processo saúde/doença no contexto capitalista e suas estratégias governamentais. Torna-se necessário questionar profundamente os campos de saberes a partir dos quais se ensina e aprende sobre o corpo na formação médica e as implicações no cuidado para que possamos abrir caminhos para a discussão de outra visão de corpo, não docilizado, mas autônomo, capaz de produzir tecnologias de cuidado a partir das narrativas de si.

A partir desses entendimentos, num primeiro movimento problematizo os efeitos da visão biológica de corpo tanto no ensino, estudá-lo enquanto objeto biológico produz um corpo fragmentado – agregado em uma fisiologia, mas desagregado enquanto experiência existencial humana –, como na prática clínica, na qual se torna mais um caso anônimo de doença a ser controlado e disciplinado conforme as verdades biomédicas, limitando possíveis outras relações no cuidado. Em outras palavras, uma prática que produz subjetividades, conscientes e inconscientes, inscritas através da maneira “científica” como inequívoca “verdade” acerca de si, trazendo como “solução” a identificação, classificação e vigilância de doenças com a respectiva normalização através do tratamento proposto. Uma prática médica que atua como uma "tecnologia disciplinar (...) [que] impõe seu próprio padrão de normalização como único aceitável” (RABINOW & DREYFUSS, 1995, p. 212).

Assim, a partir das discussões que venho introduzindo, tenho como objetivo geral desta pesquisa produzir uma discussão sobre outras possibilidades de ver e entender o corpo. Uma perspectiva de corpo existencial para se pensar outras técnicas do cuidado e outra configuração corporal, pautada em fluxos e movimentos coconstitutivos alicerçados em uma não-estrutura cambiante, sempre e dinamicamente modificada, simultaneamente a conservação de uma identidade, também dinâmica e flutuante ao longo da sua existência. Sim, há órgãos no corpo, mas os discuto enquanto manifestações de intensidades e sensações, de fluxos e percepções, e não enquanto “puramente” fisiológicos. Um corpo que se faz a partir da

carne que vive e se conforma imbricado ao mundo, configurando-se nos processos de significação, de vida e morte, que coexistem do início ao fim do movimento vital.

Todavia, discussões sobre outras perspectivas para pensar o corpo no ensino médico têm sido pouco aceitas pela biomedicina. Mesmo que existam currículos médicos mais amplos, diversificados e heterogêneos, com o intuito de abarcar diferentes pontos de vista sobre as alterações na saúde, não se configuram como espaços de produção de saber acerca de outras compreensões de corpo. Diante disso, considero que a visão fundada majoritariamente nas verdades biológicas do corpo não cria condições para uma prática médica voltada a um sujeito histórico, cuja existência modaliza e transforma sua forma corporal, principalmente ao enfermar-se, enquanto acontecimento singular.

Assim, a partir da problematização da visão hegemônica de corpo e de doença – disfunção e/ou alteração localizada em órgãos e/ou no funcionamento molecular – a ser tratada, reforço que o objetivo geral dessa pesquisa é trazer e discutir outras noções de corpo, que sejam assentadas na experiência vital e em dimensões complexas e heterogêneas imbricadas à produção existencial do corpo. Um corpo que não seja naturalizado e inato em sua biologia, mas cuja biologia se coconstitua no viver a unidade de suas experiências corporais e psíquicas. Um corpo existencial, historicizado em suas experiências de adoecer, contextualizado na sua situação de relações de vida e trabalho, sentimentos e emoções; enfim, um corpo sempre afetado (FAVRET-SAADA, 2005), portanto, em contínua transformação e coconstituído em seu fluxo existencial. Viso trazer tais contribuições para, talvez, vir a se pensar e abordar, especialmente no ensino médico, um corpo existencial, coconstitutivo de si e do meio onde vive e convive, imbricado às condições do seu viver, produtor dos seus processos de subjetivação, sofrer, sentir, desejar, no qual o cuidado em saúde não se limite ao patológico: o enfermar-se pensado e olhado através das condições existenciais de cada sujeito.

2 A FORMA E OS INSTRUMENTOS DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

No percurso desta pesquisa delinheiro conexões e articulo estudos de autores cujos conceitos foram utilizados como ferramentas teóricas para interrogar e pensar, no caminhar, as práticas e os discursos médicos direcionados ao corpo. Nesse processo, foi construído um texto de cunho teórico/prático com a finalidade de, talvez, ser útil para os e as leitoras

interessados/as em (re)pensar as intervenções no campo médico. Na esteira de Foucault (2010a) tive a intenção de produzir uma teorização a ser usada como um conjunto de ferramentas para chamar a atenção para as práticas dominantes da biomedicina e, talvez, contribuir com espaços de lutas ao trazer outras ações médicas com cuidados que permitam a emergência das experiências dos sujeitos, atuando de forma “libertadora”.

Assim, num primeiro movimento, os autores utilizados possibilitaram-me conhecer e interrogar verdades biomédicas acerca do corpo. Tais verdades, imbricadas a relações de saber/poder, configuram o corpo como um objeto predominantemente biológico, gerando uma visão a-histórica da doença, descontextualizada do cuidado e fragmentada do sujeito em sua existência. A estratégia da pesquisa nesta etapa incluiu “um certo modo de perguntar, de interrogar, de formular questões e de construir problemas de pesquisa” (MEYER & PARAÍSO, 2012). Com as discussões e juízos às práticas médicas, centradas na biomedicina, e ao cuidado em saúde, visei chamar a atenção e interrogar os efeitos de tais práticas. Num segundo movimento, o percurso da pesquisa contempla a construção de outro caminho, o qual procura se distanciar da crítica realizada. Nesse sentido, em conexão com as discussões de Márcio Alves da Fonseca (2008) sobre a crítica numa orientação foucaultiana, utilizo o conceito como uma atitude, uma atividade de pensamento voltada a algo distinto da própria crítica.

Nesse processo, vai sendo produzida, na articulação com autores uma outra perspectiva para se olhar e pensar o corpo, o corpo existencial de intensidades, no qual procuro pensar a enfermidade enquanto efeito de processos existenciais a serem escutados e levados em consideração no cuidado em saúde. Nesse movimento, trago, também, para a interlocução o lugar de fala do autor/pesquisador enquanto médico e profissional do cuidado. Por fim, na conexão com as discussões sobre o corpo existencial de intensidades, trazidas no capítulo anterior, como estratégia para pensar outras possibilidades de estudos e caminhos para as práticas médicas, aponto e discuto algumas práticas integrativas.

Ao vivenciar o movimento de (re)pensar minhas experiências médicas, especialmente no hospital, e práticas biomédicas vigentes, procurei olhar para tais práticas de modo a duvidar, estranhar e questionar verdades para, ao me mover e deslocar as “certezas”, criar condições para a emergência de outros pensamentos e possibilidades que desconstruam

verdades relativas ao corpo biomédico, à sua estrutura e ao cuidado biomédico. Tal atitude, imbricada à rede de instrumentos teóricos utilizados e às discussões geradas criaram condições para se pensar outros conhecimentos e outras ações voltados ao processo de adoecer e de cuidar, nos quais predominem a legitimidade da experiência corporal vivida pelo sujeito que adoecer, talvez, abrindo caminhos para engendrar outras verdades e outros olhares ao corpo. Para tanto, como já mencionei, inicio a escrita desta Tese a partir da narrativa e das discussões de minha experiência como médico num hospital público tanto para pensar e problematizar as práticas biomédicas quanto para trazer outras vertentes do saber científico e filosófico e de práticas do cuidado que consideram o corpo como experiência. Tratam-se de saberes, pensamentos e problematizações que foram emergindo nas minhas experiências no cuidado médico e na interlocução com autores e que podem propiciar reflexões sobre mim mesmo e sobre o cuidado, nos quais o "sujeito constrói uma relação determinada consigo, dá forma à sua existência, estabelece de maneira regrada sua relação com o mundo e com os outros" (GROS, 2006 *In* FOUCAULT, 2013, p. 343).

Em primeiro lugar, problematizo a visão de corpo da biomedicina embasada numa organicidade da qual as verdades correspondem a fatos inequívocos da objetividade corpórea pretensamente existente nos discursos científicos, o que exerce efeitos de poder na vida das pessoas. Todavia, tal visão e seus efeitos são fruto de relações que “traduzem” um modo de olhar e produzir saberes no fazer da objetividade científica. Tanto a “objetividade” quanto o objeto corpo biológico decorrem do jogo estratégico do saber cujos discursos cumprem papel na construção da subjetividade (FOUCAULT, 2002) e no modo como se produz o fazer científico em medicina. O corpo não é somente um objeto natural cuja essência estrutural precisa ser desvendada, tal visão decorre de determinadas práticas e discursos científicos imbricados a relações de saber/poder. É necessário abandonar a noção de neutralidade no processo de conhecer e admitir que o poder produz saber, ambos estão implicados, pois não há relação de poder sem constituição de um campo de saber e nem saber que não constitua relações de poder. Precisamos considerar os sujeitos, os objetos e os procedimentos de conhecimentos como efeitos das relações de poder/saber, como também, os processos e as lutas imbricadas a relações de poder/saber, que atravessam e constituem o sujeito, vão determinar os campos possíveis do conhecimento (FOUCAULT, 2014).

De outra perspectiva, entendo o corpo enquanto um produto de relações históricas experienciadas ao longo da sua existência em diversas instâncias sociais, dentre elas as vinculadas à biomedicina, que o marcam e investem nele como objeto de conhecimentos e práticas científicas (FOUCAULT, 2002). Ao falar sobre como pensamos o corpo, Foucault (2010a) coloca que

sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que dele nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito. (p. 22).

Assim, influenciado pelos ritmos de trabalho e descanso, pelo tipo de alimentação que ingere, pelas relações que estabelece em seu viver, no sentido de conhecer e entender seu funcionamento nos processos implicados na produção de corporeidades, precisamos olhar a historicidade da constituição do que chamamos de corpo, examinar a trama histórica que antecedeu e atravessa tal produção, marcando e produzindo sua existência, tal como a conhecemos hoje em dia (FOUCAULT, 2014).

Dessa perspectiva olhei práticas médicas que ocorreram no passado, procurando conhecer as condições históricas de onde provém determinados objetos, conhecimentos, técnicas e pensamentos acerca do corpo em funcionamento, ainda hoje, nas intervenções da biomedicina. Assim, com a finalidade de chamar a atenção para tal processo de produção em diferentes épocas, desenvolvo um estudo histórico com a intenção de compreender tanto as circunstâncias de produção do discurso médico e científico sobre o corpo quanto como foram sendo definidas regras da medicina, principalmente a partir do século XIX, enquanto estratégias de saberes direcionadas ao corpo, gerando a implementação e o reordenamento de instituições com papéis disciplinares e de controle, como no caso dos hospitais (FOUCAULT 2008c).

Nesse contar, a história do corpo articula-se à história de práticas médicas e da biomedicina e suas estratégias sociais direcionadas à constituição dos sujeitos, cujas raízes remontam o século XVIII. Nesse percurso, procuro mostrar que a visão de corpo, enquanto objeto biológico com mente e corpo separados, e os conhecimentos, técnicas e intervenções da medicina, predominantes até hoje, carregam traços do saber cartesiano¹³ ao serem

¹³ Segundo Separavich & Canesqui (2010), a concepção de corpo variou muito do ponto de vista histórico. Interessa, nessa pesquisa, apontar para as relações entre a pretensa objetividade presente na medicina atual e os princípios filosóficos de se fazer ciência, principalmente oriundos de ideia de corpo máquina decorrente das

produzidas e veiculadas as verdades científicas no campo médico, que interpelam e investem no corpo e vida das pessoas.

Na sequência, discuto uma outra perspectiva do fazer científico ao estabelecer interconexões e diálogos entre campos de saberes pouco ou nada discutidos no âmbito da medicina, mas fundamentais para outra visão de corpo e outro modo de se produzir ciência. Para compor tal visão, debruço meus questionamentos investigando outros saberes científicos e filosóficos que questionam o corpo como objetividade natural e inata, produzindo elementos que fundamentem aspectos do que denomino o devir de um corpo da experiência. Nesse sentido, trago estudos e discussões para construir a noção de corpo existencial de intensidades utilizando uma visão particular da cibernética de segunda ordem, proposta por Von Foerster (2006), das estruturas dissipativas de Prigogine (1996, 2000), da teoria da Autopoiese de Maturana e Varela (1995, 1997) e do processo de individuação de Gilbert Simondon (2020) para a construção de uma visão auto organizativa do corpo.

No que tange ao estudo histórico, penso o olhar científico e objetivo do corpo enquanto resultante de transformações dos enunciados sobre ele, não de um movimento evolutivo e linear de descobertas científicas cada vez mais próximas da objetividade em si, mas como produção de verdades, cortes e descontinuidades que engendraram os alicerces dos saberes contemporâneos e, nesse sentido, produziram efeitos estratégicos. Chamar a atenção para as relações de poder historicamente implicadas na produção do saber biomédico talvez crie condições para pensar outras possibilidades no modo de se produzir ciência, na qual a objetividade não adquira a importância que possui até hoje. Falo de criarem-se condições para a emergência dos saberes das pessoas em sua existência, os saberes corporais não científicos que sustentam as práticas das racionalidades médicas vitalistas, considerados pela objetividade científica, de certa forma, como inadequados, não científicos e, com efeito, são arbitrariamente sujeitados pela biomedicina. Dessa perspectiva, ao final, trago saberes que considero sujeitados, as medicinas integrativas, visando produzir discussões, na conexão com

concepções mecanicistas de Sir Isaac Newton (1643-1727) e do pensamento cartesiano. Para Descartes (1596-1650), o corpo participa da *res extensa*, os elementos da objetividade, enquanto que o *cogito* decorre do pensar. *Cogito ergo sum* significa “eu” sou somente quando penso, inclusive sobre o corpo, quando racionalizo a objetividade da *res extensa*. A fragmentação primordial entre corpo e mente advinda da visão cartesiana vem atuando como um destacado princípio filosófico para pensar o corpo e a objetividade biomédica.

autores, a fim de contribuir para que exerçam um certo grau de resistência aos efeitos de sujeição gerados pela biomedicina.

Na conexão com as discussões anteriores, retomo e passo a trazer e discutir conceitos/ferramentas que utilizei no percurso da pesquisa seja para olhar as práticas da biomedicina seja para pensar em outra possibilidade de corpo e intervenção médica. A verdade biomédica, para Foucault (2010b), é um fato absolutamente característico “de intervenção autoritária em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva ” (p. 181), tal é a preponderância concedida à patologia e ao corpo biológico objetivado em sua arquitetura orgânica, vigiado e organizado por especialidades no hospital. Na desconstrução dessa perspectiva, trata-se, então, primeiramente, de “historicizar os modos de dizer a verdade” (SANT’ANNA, 2008, p. 83) sobre o corpo, entender a função estratégica quando concebida como fato objetivo, estudar as dinâmicas internas de saber/poder e seus efeitos implicados aos enunciados sobre o corpo. Assim pretendo discutir o contexto histórico da “verdade” com fins de poder reescrever o pensado sobre nossa corporeidade “para cada um deixar de ser o que é e pensar ainda o que não pensou” (SANT’ANNA, 2008, p. 86).

Segundo Rago (2002), o estudo histórico permite “construir novas problematizações para o presente (...), que conheçamos modos diferentes de existência, outras práticas de relação consigo e com o outro, outras racionalidades em nosso próprio passado” (p. 261). Ao olhar para a história, pode-se trazer noções de experiência e de relações que precisam ser desconstruídas e desnaturalizadas (RAGO, 2002). Trata-se de olhar a história através da maneira de como nos relacionamos com objetividade inata e científica do corpo e, assim, nos instrumentalizarmos para nos descolarmos e distanciarmos das verdades até então enunciadas e buscar produzir novos olhares acerca do corpo, objeto desta pesquisa. Torna-se impossível descolar o estudo sobre o corpo dos efeitos de biopoder produzidos pela biomedicina: são eventos imbricados entre si através do fazer científico.

Considero a ciência como construção de uma rede de saberes e outros elementos sociais como econômicos, políticos, historicamente contextualizados instituindo um tipo de olhar sobre o objeto estudado. Um saber regido por relações de forças que implicam uma configuração de produção e de significados atribuídos aos conhecimentos criados. Na presente pesquisa discuto alguns aspectos do modo de produção científica implicados a

maneira de ver, conhecer e falar do corpo para argumentar que a ciência tem mais relação com o sujeito que a produz, suas condições históricas, sua subjetividade marcada por relações de saber/poder, do que com uma realidade inequivocamente objetiva. Trata-se de abrir caminhos para se descolar do modo de pensar através da pretensa objetividade característica do fazer científico cartesiano e com a finalidade de gerar outros olhares para o fazer científico.

Stengers (2002) alega que as ciências cumprem com uma necessidade intervencionista do ser humano com o objetivo de produzir um mundo inteligível e investigável. Para tanto, foi preciso aderir ao paradigma cartesiano da objetividade e da independência da participação do sujeito na produção do saber: o *cogito* enquanto única maneira de existência, é também a única forma de se conhecer a realidade objetiva. A filósofa questiona as consequências dessa perspectiva e levanta a possibilidade se não seria importante entender o pesquisador como coconstituente daquilo que é observado, pois desse modo possibilitaria permitir a produção de sentido ao que vê, na medida em que percebe a si mesmo nas perguntas e respostas que faz à realidade. Ela entende que o meio não é igual para todos, que cada um carrega uma história que torna a realidade uma experiência única: “nós não podemos ser descritos sem que seja levado em conta o fato de que os meios ambientes não são todos equivalentes para nós” (STENGERS, 2002, p.59).

Para Stengers (2002), a herança na produção científica da *res extensa* cartesiana, hoje tingida pela objetividade em si, faz com que o cientista não seja considerado como todo ser humano hoje em dia é visto: como produto de uma intrincada relação histórica, social, produtiva, econômica e política, além de definido por suas emoções e escolhas pessoais de relações que estabelece com seu viver. Assim, o cientista “tira partido ativo dos recursos desse ambiente para fazer prevalecer suas teses e ele *esconde* suas estratégias sob a máscara da objetividade” (STENGERS, 2002, p. 18).

Segundo a filósofa belga, no que tange à produção científica sobre o corpo e suas terapêuticas, “longe de serem pensadas de maneira consciente e crítica, pretendem se impor a todo o mundo, ou seja, em que o público, definido como ‘não-científico’, é solicitado a fazer causa em comum com os interesses da racionalidade científica” (p. 33). Desse modo, somos contínua e inconscientemente subjetivados a aceitar o padrão da objetividade científica como o único a ser validado: “É o caso, por exemplo, do conflito que contrapõe a medicina oficial,

dita científica, e as medicinas conhecidas como ‘alternativas’ ou paralelas” (STENGERS, 2002, p. 33)

No olhar de Feyerabend (2003), registra-se que “não há uma ‘visão de mundo científica’, assim como não há um empreendimento uniforme denominado ‘ciência’ – exceto na mente” (p. 316). Segundo Stengers (2002), Feyerabend não se dirigia diretamente a qualquer prática científica, “mas contra a identificação da objetividade como produto de uma conduta objetiva” (p. 48). O filósofo da ciência austríaco assumia claramente que as decisões e produções científicas, suas utilizações, práticas, diretrizes e enunciados não são exatamente decisões científicas; constituem, elas todas, o que poderíamos chamar de decisões existenciais do sujeito pesquisador, que incluem o conjunto de suas relações e estados psíquicos que o configuram: seriam, segundo o filósofo, decisões científicas matizadas pela maneira de viver, pensar, sentir e se comportar em sociedade, na família e na política (FEYERABEND, 2003). Nesse caso, o momento “subjetivo”, ou “não-objetivo”, da produção científica não seria um “resto” de informações a ser evitado. Para Feyerabend (2003), os elementos subjetivos são componentes essenciais da compreensão do mundo por parte do produtor de saberes científicos.

Na pesquisa, argumento que o efeito do saber biológico sobre o corpo produz uma disjunção, um corpo fragmentado - agregado em uma fisiologia, mas desagregado enquanto experiência existencial humana na prática do cuidado - ao torná-lo mais um caso anônimo de doença que controla e disciplina os corpos. Le Breton (2011), ao discutir os efeitos da biomedicina em seu olhar objetivo sobre o corpo, considera que esta produz um indivíduo “dividido ontologicamente em duas partes heterogêneas: o corpo e o espírito” (p. 84). A identidade existencial do sujeito, seu enraizamento vital e suas manifestações corporais tendem a ser separadas pelo saber científico através do corpo-organismo.

Para Gadamer (2006), ver nosso corpo como estrutura biológica objetiva, compreendida a partir das experiências científicas produziu um domínio e uma técnica direcionada aos fenômenos corporais que a descola e distância das singularidades da experiência humana e reivindica para si “ser a única experiência segura e ser o saber através do qual qualquer experiência seja legitimada” (p.10). O hermenauta alemão relaciona a produção científica com a técnica, o fazer de um domínio que produz saberes sobre uma

natureza dissociada da intervenção humana que gera, permanente e historicamente, uma mudança central em nossa vida. Nosso senso comum legitima indiretamente a perspectiva técnica de elaboração dos enunciados científicos como único modo de se conhecer, pois assumimos e somos sujeitados de que a ciência só pode ser ciência se produzida em laboratórios mascarados de uma objetividade imparcial (GADAMER, 2006). “Dessa maneira, vê-se hoje a própria ciência em conflito com nossa consciência humana de valores” (GADAMER, 2006, p. 17), haja visto o debate acerca das aplicações da tecnologia genômica no corpo, assunto que tratarei adiante. Nesse contexto, o saber científico sobre o corpo segue essa lógica de um distanciamento “seguro”, patrocinado pela objetividade, para a garantia de aplicações técnicas e produção de tecnologias de caráter cada vez mais complexo e inacessível. A consequência é a produção de saberes baseados em enunciados cada vez mais especializados, um linguajar próprio que visa dominar o fenômeno através da razão técnica para poder descrevê-lo e reproduzi-lo, quase sempre em ambientes artificiais de laboratório (GADAMER, 2006). A meu ver, efetua-se uma relação de saber/poder ao gerar regras de restrição e disciplina ao fenômeno que se quer estudar e explicar.

De acordo com Gadamer (2006), “justamente no contexto da arte médica, também se fala de ‘dominar’ (...) O médico ‘domina’ não apenas sua arte (...) [como] também se diz que ele ‘domina’ determinadas doenças ou aprende a dominá-las” (p. 31). Numa perspectiva crítica, Gadamer (2006) afirma que a doença “não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um produto social” (p. 50). Para ele, é mais importante o que diz a doença ao doente, em seu modo de sentir e experimentá-la, do que diria, a doença ao médico. Nesse sentido, a enfermidade se referiria mais aos modos produzidos na experiência do sujeito no mundo, moldando e ajustando o corpo/sujeito, através das perturbações que o afetam e nas intensidades dos devires existenciais, ao invés da exclusividade de um diagnóstico patológico.

Na esteira da crítica ao modo de produção científica baseado na objetividade, Chibeni (2004) refere que “a investigação científica *não pode* principiar por observações puras (...) [baseadas na] neutralidade das observações” (p. 5). Para o autor,

o processo de percepção fornece evidência de que o conteúdo mental (ideias, conceitos, juízos), formado quando se observa um determinado objeto ou conjunto de objetos, varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo (...) mediante 'recortes' próprios de cada observador” (CHIBENI, 2004, p. 5).

Desse modo, para ele, a produção científica faz parte da história do fazer científico de cada cientista, produto de suas relações estabelecidas entre seus pares e entre ele e a sociedade. Chibeni (2004) irá argumentar que as produções científicas "devem ser consideradas como *estruturas* complexas e dinâmicas" (p.13). Não se trata de um subjetivismo da produção científica, mas de que a produção científica faz parte da história do fazer científico de cada cientista, produto de suas relações estabelecidas entre seus pares e entre ele e a sociedade.

Para Bachelard (1996), se o científico procura explicar o "real", no espírito científico que se avizinha em novas perspectivas contemporâneas, o real, "não se mostra. O que é verdade principalmente quando se trata de estabelecer em fenômeno orgânico" (p. 15). Pois, assim, o que se considera como "real", emerge como um "complexo de relações, [onde] é preciso captá-lo por métodos múltiplos" (p. 15). Segundo o filósofo francês, ao se referir aos questionamentos que a mecânica quântica vem trazer para a produção científica, não se deveria "separar o problema da estrutura da matéria e o do seu comportamento temporal" (p. 48). No sentido levantado pelo autor, qualquer corpo, principalmente o corpo orgânico, possui transformações no tempo, e o tempo é o processo de viver de cada individuação que se faz singular (SIMONDON, 2020).

Para Bachelard (1996), "o fenômeno é um tecido de relações" (p. 105), enfatizando que o panorama que excita alguns setores da ciência contemporânea se mostra como "uma consciência da totalidade" (p. 115). De acordo com Morin (2000), é "ingênua a ideia de que o conhecimento científico é um puro reflexo do real (...) [pois] é uma atividade construída com todos ingredientes da atividade humana" (p. 58). A inclusão do sujeito observador nas descrições daquilo que se pretende explicar torna-se uma condição para outro modo de se olhar a produção dos saberes científicos. Procurando refletir algumas novas relações entre saber e poder na produção científica, Stengers (2002) questiona se não "caberia contestar a distinção entre sujeito e objeto ou então modificá-la?" (p. 161).

Von Foerster, em seu livro *Las semillas de la cibernética* (2006), acrescenta que, apesar de ser visto como residência de objetos, o mundo e sua constância são mais do que isso; são produtos de relações da atividade humana na tentativa de compreendê-lo. Segundo o autor austríaco-americano, os elementos da objetividade são recortes produzidos pela

observação humana e, portanto, construtos dela. Assim, "objetos e eventos não são experiências primitivas (...) são representações de relações" (p. 69, tradução nossa). A grande questão seria incluir, na descrição das coisas do mundo, o observador como coconstituente delas e de si mesmo, pois ao se revelar produtor, também se revela como produto das perturbações do meio decorrentes de sua atividade vital.

Humberto Maturana (2001b) discute o fazer científico em sentido semelhante ao propor que a ciência pode ser considerada como “um domínio cognitivo gerado como uma atividade biológica humana (...) [e] o que fazemos enquanto cientistas se relaciona com o que fazemos ao vivermos nossas vidas cotidianas, revelando o *status* epistemológico ou ontológico daquilo que chamamos de ciência” (MATURANA 2001b, p. 126). Desse ponto de vista, ele sugere que existimos, no âmbito da ciência ou de qualquer prática descritiva do mundo e de suas relações, em modos de linguajar um com o outro, na construção das explicações que se procura fazer acerca do meio em que vivemos e de nós mesmos: no caso da ciência, um linguajar científico. Quando distinguimos e explicamos o mundo em que vivemos, “tudo o que fazemos como seres humanos, fazemos como diferentes maneiras de funcionar na linguagem” (MATURANA, 2001b, p. 130-131). Portanto, o fazer científico, para o autor, é uma atividade que depende do sujeito que opera no linguajar, enquanto ação contínua de produção de informações, no contexto de como e de que posição fala, do tipo de olhar que deita sobre o objeto de pesquisa e de como se relaciona com as maneiras cultural e historicamente contextualizadas na produção científica, ou seja, uma produção científica não referente a uma exclusiva objetividade imparcial.

Neste estudo, discuto que a linguagem não é somente um sistema de símbolos, mas uma atividade humana contextualizada, que não acontece só no corpo, senão nos espaços interindividuais de relação, nos fluxos de coordenações de ações dos participantes em mútuo entrelaçamento de atividades falantes, nos gestos e emissões sonoras que se transformam em uma conversa, possuindo lugar histórico de execução e implicada em relações de saber. O fazer científico é uma atividade humana e como tal está enredada nos modos de linguajar de cada sujeito e/ou cultura, ou seja, “todos os domínios explicativos constituem domínios experienciais expansíveis nos quais o observador [sujeito] vive novas experiências” (MATURANA, 2001b, p. 134).

Tal entendimento levanta algumas consequências para as explicações científicas: a) não substituem as experiências que explicam e se referem, principalmente, aos domínios explicativos do sujeito observador; b) surgem como atividade vital do sujeito observador e pertencem às coerências operacionais da sua prática de viver; c) não se reduzem ao fenômeno em si, mas acontecem nos domínios do linguajar humano no entrelaçamento de corpos, gestos e sonoridades coerentes; d) não envolvem nenhuma suposição de uma realidade independente; e) pertencem ao domínio experiencial contextualizado do experimentador e de sua historicidade de relações e produções de saber, ou seja, tudo o que procura explicar não está fora de sua vida e das relações que viveu o sujeito e f) a validade do fazer científico se sustenta na consensualidade operacional produzida em determinados momentos históricos e sociais em que surgem como forma de coexistência humana, muito mais do que uma explicação sobre uma realidade independente do sujeito observador. Em outras palavras, para ele, “nós constituímos nossos problemas e questões ao fluirmos na nossa *praxis* de viver (...), [sendo] impossível a referência científica a algo como uma realidade objetiva e independente” (MATURANA 2001b, p. 147).

Para o biólogo chileno, a produção científica é uma criação que gera um olhar sobre o que se quer explicar. Não haveria uma realidade transcendente ao fazer humano e a explicação científica seria o produto de relações entrelaçadas e geradas nas atividades inclusivas do sujeito observador, balizadas em seus domínios de ações e percepções racionais e emocionais implicadas em um devir histórico num fluxo contínuo de trocas de conversações entrelaçadas. A natureza do corpo ou do organismo seria “uma proposição explicativa da nossa experiência com elementos da nossa experiência” (MATURANA, 2001b, p.151) e não uma representação de uma realidade objetiva e independente.

A historicidade do fazer científico emerge, portanto, enredada àquilo que acontece e se faz na vida do sujeito pesquisador enquanto um corpo mutante de acordo com a posição que ocupa nas relações de existência e com as intensidades que vive ao produzir singularidades individuais conectadas ao meio. Ou seja, um fazer científico no qual o sujeito participa na inclusão dos resultados que produz, exatamente como produtor e produto de seu saber.

No fazer científico como produto de relações sociais imbricado às relações de poder e saber, segundo Foucault (2002), não há “no conhecimento uma adequação ao objeto, uma

relação de assimilação, mas, ao contrário, uma relação de distância e dominação (...) não há unificação, mas um sistema precário de poder” (p. 22); ou seja, que entre as coisas e o conhecimento só “pode haver uma relação de violência, de dominação, de poder e de força, de violação” (p. 18). Ao mesmo tempo, penso que, do ponto de vista de um enunciado científico da biomedicina, por mais que se ancore em uma “realidade” ou “objetividade”, há uma historicidade na construção desse saber imbricada em relações de poder enquanto efeitos sobre o corpo e o indivíduo.

Dessa perspectiva, problematizo as práticas contemporâneas da biomedicina, no ocidente, em como vêm produzindo um tipo de relação biologicista entre corpo e mente através das intervenções neuronais com medicamentos de ação psíquica e no aumento dos critérios para diagnóstico de problemas psíquicos que exigiriam intervenção medicamentosa (por exemplo, o aumento da incidência de uso de Ritalina para crianças com possíveis distúrbios de hiperatividade e déficit de atenção). Veremos que a abordagem molecularizada fragmenta progressivamente o sujeito no âmbito do diagnóstico e do tratamento de doenças como solução para as moléstias e para os sofrimentos do corpo na perspectiva de um fazer viver longo e perfeito. As ferramentas foucaultianas são essenciais para vislumbrar tais efeitos do biopoder sobre os corpos. Os estudos de Nikolas Rose (2013) irão contribuir para pensarmos e questionarmos sobre o sentido funcional das redes moleculares e genéticas que compõem as dinâmicas de nosso corpo nas intervenções médicas e seu papel biopolítico. O saber biomédico vem atuando como uma biopolítica no cruzamento de uma prática molecularizada e analítica do cuidado com a emergência de uma vigilância à saúde (CASTIEL, 1999, 2007, 2016); e, nos dias atuais, atua também num cruzamento para a gestão da população, influenciado por condições sociais através de uma concepção de biologia portadora de variáveis naturais e com a tentativa de individualização através da molecularização dos estudos genômicos.

Como biopolítica entendo as estratégias e ações disciplinares relacionadas ao biopoder e à produção de saberes que incidem sobre a vida da população para majorá-la, incidindo na forma biológica de conservação da vida, ao ser pensada do ponto de vista biomédico. Articulada à biopolítica, a disciplina sobre os corpos segue vigorando, uma vez que o indivíduo que entra na rede do cuidado de seu corpo, ao se submeter à organização hospitalar e às classificações de doenças, se transforma em mais um modelo de patologia: perde sua

identidade de sujeito e passa a ser um cardiopata, por exemplo, e assim se insere no coletivo dos cardiopatas. Disciplina dos corpos e sua regulamentação biopolítica são técnicas que se mesclam e intercambiam em seus efeitos sobre os corpos (FOUCAULT, 2017). Esses “dois conjuntos de mecanismos, um disciplinar, o outro regulamentador, não estão no mesmo nível. Isso lhes permite, precisamente, não se excluírem e poderem se articular um ao outro” (FOUCAULT, 2005, p. 299). Uma, a técnica disciplinar é centrada no corpo no sentido de torná-lo maleável e dócil e a outra, regulamentadora, é centrada na vida, no fazer viver, através das políticas públicas de saúde, ao mesmo tempo que também incide sobre o corpo individual. Um dos argumentos desta pesquisa é que o corpo objeto torna-se o elemento que favorece e sustenta a possibilidade desde biopoder que disciplina corpos e orienta uma biopolítica populacional, pois, assim, se oferece às estatísticas e ao estudo classificatório.

Tais entendimentos moveram-me na direção da discussão principal desta pesquisa, trazer a construção de uma perspectiva de corpo existencial de intensidades. Para tanto, procurarei estabelecer cruzamentos e convergências com outros modos de se pensar o corpo, não como mero organismo anatomizado, mas como um complexo fluxo de processos constitutivos que se metamorfoseiam durante o viver, relacionados aos mais diversos e intrincados encontros que o configuram, interligando a produção do sujeito encarnado ao meio onde vive. Tal visão de corpo leva a pensar outras dinâmicas do adoecer, da percepção de si, do sofrer e do cuidado de si: a enfermidade e o corpo como produto da experiência. Os conceitos da obra de Deleuze e Guattari foram ferramentas importantes nesse momento da pesquisa. Para os filósofos, é “assim que todos somos *bricoleurs*” (DELEUZE & GUATTARI, 2017a, p11), no sentido de que seríamos continuamente produtores de nós mesmos, na experiência de viver, perturbados por múltiplas interferências, permanentemente acoplados e agenciados às diversas e heterogêneas engrenagens do mundo. Nossa natureza se apresentaria, assim, “como processo de produção (...) de modo que tudo é produção, produção de produção”. (DELEUZE & GUATTARI, 2017a, p14)

A obra destes filósofos franceses, como veremos no desenvolvimento da pesquisa, faz pensar no papel das intensidades vividas pelo corpo na experiência vital, no possível papel desempenhado pelas emoções. Do modo como vejo, emoções são atividades da esfera da consciência, modos de se perceber o mundo através de sensações intensivas, energias e vigos vitais, que podem ser percebidos nos menores contatos com o mundo e que produzem,

na configuração do humano, as características singulares de cada corpo e das relações sociais que o produz. Nesse âmbito, poder-se-ia definir que qualquer atividade psíquica-emocional, corporificada e individuada na singularidade de cada um (SIMONDON, 2020), sustenta uma experiência quotidiana que afeta e produz o corpo que vivemos. Ao ser enunciada como vivência do corpo, a legitimação emocional da percepção de si torna-se significativa através da qual o corpo é apreendido e configurado na experiência de um acontecimento existencial e, desse modo, produzindo uma impressão de “possuir” uma estrutura.

Conforme Silva (2010), a experiência psíquica singular do sujeito pode ser caracterizada por três condições implicadas entre si e não redutíveis uma na outra:

1) é sempre formada por, no mínimo, duas séries heterogêneas, uma significativa e a outra significada e nunca por uma só série; 2) cada série é formada por 'termos' que correspondem a *singularidades* ou *acontecimentos ideias*, cujos valores ou sentidos apenas existem através de relações que estabelecem entre si, isto é, entre singularidades; assim cada série é uma *história*, uma gigantesca rede ou malha de singularidades (...) 3) o que liga as séries (...) entre singularidades (...) é o elemento diferencial (...) um elemento paradoxal que circula pelas singularidades" (SILVA, 2010, p. 8)

As emoções participam da experiência humana no mundo e de si. Mais que isso, são produtoras de sentido para a existência e conformam possibilidades corporais existenciais, ao serem enunciadas como experiências e acontecimentos decorrentes de afetos e sensações (FAVRET-SAADA, 2005). Antropologicamente, Favret-Saada (2005) coloca que a experiência do “ser afetado” é essencial para a transformação do olhar do pesquisador. Assim, suas reflexões contribuem para o entendimento da estrutura desta pesquisa, pois parte-se do ser afetado na prática existencial do cuidado que o autor exerce como médico, ou seja, permite a si mesmo ser incluído na experiência.

Para Didi-Hubermann (2016), as emoções fazem parte de um conjunto de encontros humanos com o mundo, modos e matizes singulares de ser afetado e provocar ações de interferência. Ou seja, configuram a materialidade do corpo por intermédio das ações do sujeito, afetando de modo eminentemente não verbal - mesmo que potencialmente verbalizáveis - pois fazem parte de uma experiência do sentir o acontecimento do corpo no encontro com o mundo, enquanto experiência única e não repetível, singular e irreduzível: um ponto de intensidades vividas.

O aparelho sensorial é a nossa porta de relações com o mundo. Apoiarei-me na pesquisa antropológica de Le Breton (2009, 2011, 2016) para argumentar essa perspectiva: não o ouvido, mas o ouvir; não o paladar, mas o gosto; não a visão, mas o ver; não o olfato, mas o cheirar; não o tato, mas o tatear. São as impressões das ações que definem o humano e sua suscetibilidade. Procura-se um linguajar significativo que consiga expressar a própria experiência existencial da sensorialidade do ser afetado, pois tratam-se de práticas não verbais pelas quais o corpo conhece e vive. Ao mesmo tempo, pode-se, de fato, manejar emoções e concebê-las não como produto de uma pretensa essencialidade humana, mas como configurações sensoriais do ser afetado culturalmente e historicamente contextualizadas. Desse modo, emoções se configuram como ações enunciáveis que definem o sujeito corporificado, como experiências de ser afetado no processo de experimentar a vida. Trata-se de reorientar o olhar e incorporar o sentir, o psíquico, o sujeito observador nas configurações do que enuncia sobre o corpo.

Nós podemos passar pela vida experimentando coisas, vivendo relações em inúmeros campos de existência, sem sequer refletir sobre elas, ou, no máximo, refletir somente o suficiente para seguir se movimentando nos espaços da "normalidade" instituída. Não podemos passar pela vida somente (re)produzindo, de modo automático e não reflexivo, o que nos é solicitado, sem nos permitirmos colocar, em algum momento, em reflexões diferentes daquilo que estaria estabelecido para o nosso viver.

A importância desse debate concerne ao entendimento de como estamos sendo configurados em nosso corpo/mente, pois é nesse mundo de relações que produzimos ou desconstruímos as verdades. Nesse sentido, Lazzarato (2014) discute alguns efeitos do biopoder enquanto produção de um duplo regime de subjetividade: o significativo, centrado nos aspectos do esquadramento das relações de poder social (hierarquias no sistema de produção, gêneros, raças, sexualidade, culturas, produção de estruturas psíquicas - ego, superego e id - caracterizando toda uma forma de produção de saberes racionalizados na linguagem) e o a-significante, gerenciado por "fluxos, redes e máquinas (...) [que assumem] o controle dos seres humanos 'por dentro' no nível *pré pessoal* (no nível pré cognitivo e pré verbal) e 'por fora' no nível *supra pessoal*" (p. 37, grifos nossos), cujo centro de incorporação é a experiência não consciente. Por isso o termo *maquínico* ao se referir a tais saberes não

conscientes. Como percebeu Favret-Saada (2005), nesse âmbito pré-pessoal, o sujeito move-se nos intrincados e inconscientes fluxos dos sentimentos e das emoções.

A noção com a qual vivemos nosso corpo sujeitado ao saber biomédico implicado às relações de poder neoliberais faz parte desse processo de subjetivação permanente, pois assim nos tornamos dóceis. A intervenção na objetividade do corpo e a subjetivação de que a ciência produz nesse sentido, dissociando a experiência humana psíquica do mundo e sua corporeidade, são elementos centrais. Provavelmente seja esse o motivo pelo crescente interesse em se compreender a inclusão psíquica do sujeito em sua própria configuração corporal: uma possibilidade de ruptura desse movimento de sujeição que se vive na rede de relações no âmbito do neoliberalismo.

Oferecer a experiência irreduzível de nosso corpo/mente a processos de ruptura e redefinição do viver é algo do campo da resistência: integrar as emoções à configuração material do corpo, produzir tecnologias nesse sentido, é a reflexão que orienta essa pesquisa. Uma ferramenta metodológica de desconstrução, um método operacional de pesquisa que visa a desterritorialização do saber sobre o corpo, para se poder reterritorializá-lo em outros patamares. Nossa existência e nosso psiquismo não podem ser alijados do corpo físico: geram-se uns aos outros. Tal possibilidade de constituição da corporeidade nos aproxima da pulsação vital que anima o planeta como um todo, nos faz participar, talvez, de modo mais ativo e responsável com a diversidade vital, que nada mais é que outras vidas, seja semelhante ou dessemelhante à nossa, nem por isso menos importante. Todos fazem parte constituinte de si, dos outros, do planeta, em uma relação interdependente e coconstitutiva que nos leva à condição de cuidadores do todo e de nós mesmos.

Em um terceiro movimento, como já mencionado, tendo como base a discussão das Racionalidades Médicas, com a intenção de exemplificar a possibilidade de outra visão de corpo e de cuidado, busco algumas práticas do cuidado alicerçadas em processos que tratam o corpo enquanto um movimento de interconexão contínua entre o físico, a mente e o meio. Racionalidade Médica é um conceito criado por Madel Luz (2012), enquanto instrumento para o reconhecimento e para a pesquisa sobre as múltiplas práticas em medicina. Trata-se de um método de estudo para o entendimento de outras verdades médicas, e por conseguinte do corpo. Para que se considere uma Racionalidade Médica, postulam-se critérios para que se

reconheçam as práticas: é necessária que possua uma cosmologia (cartesiana e mecanicista para a biomedicina; taoísta para a medicina clássica chinesa, vitalista para a Homeopatia, por exemplo), uma doutrina médica (um conjunto de preceitos que orientam os saberes), uma morfologia (anatomia ou visão de corpo), uma dinâmica vital (uma fisiologia ou a energia vital) para a explicação dos fenômenos do corpo, um sistema diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem na biomedicina, a lei dos semelhantes na Homeopatia, o sistema Yin/Yang imbricados aos cinco elementos/movimentos) e um sistema terapêutico, como veremos na discussão das práticas integrativas na parte final da pesquisa.

Para a discussão das práticas integrativas, trarei duas racionalidades médicas que participaram da primeira Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)¹⁴: a Homeopatia e a Medicina Clássica Chinesa. Tratam-se de práticas médicas que podem municiar tais considerações acerca de um corpo de intensidades, um corpo que se coconstitui com o meio, de onde surge e intervém, produzindo um nicho existencial que, por sua vez, também participa da configuração corporal. Racionalidades médicas cujo saber possibilitem a compreensão de relações existenciais na geração de enfermidades, de agenciamentos e interconexões, de recursividades nas práticas de vida e na conservação de identidades que se produzem, enfim de todas essas condições que moldam e modulam nossa corporeidade física e psíquica.

As medicinas integrativas emergem como práticas que têm potencial para quebrar a positividade, a otimização e o desempenho da autovigilância protagonizadas pelas práticas modernas da biomedicina (CASTIEL, 1999, 2007, 2016), assim como as práticas de longevidade biossocializadas que veremos ao discutir o biopoder contemporâneo (ORTEGA, 2003; ORTEGA & ZORZANELLI, 2010; ROSE, 2013). Trago tais racionalidades médicas visando argumentar a possibilidade de tecnologias de cuidado de um corpo que se afeta, que

¹⁴ Em 2006, O Ministério da Saúde aprovou e publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que incluem a Medicina Tradicional Chinesa e a Homeopatia entre outras, atendendo às demandas pela sua efetiva incorporação ao SUS, conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, a qual enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

se produz em processos existenciais, que nunca para de se fazer e se desfazer para se fazer novamente em uma recursividade ininterrupta e que simultaneamente se conserva nesse movimento, como também pensar práticas de si e do outro voltadas ao cuidado ético de um bem viver. Nas medicinas integrativas, veremos que se pode encontrar a ênfase no linguajar próprio do sujeito, a auto-observação e a meditação, outra concepção de tempo para poder olhar a si mesmo imerso nas relações que definem seu estado no momento; enfim, são práticas médicas cujas racionalidades, ditas “alternativas” ou “suaves”, se orientam pelo corpo da experiência existencial.

Apesar de diferentes entre si, os princípios que regem tais racionalidades se coadunam com a proposta que procuro desenhar neste trabalho: tempo para ouvir, para entender, para refletir, para consultar e tomar decisões, pois a tomada de decisões melhora quando os médicos dedicam seu tempo e sua atenção ao paciente; o cuidado a partir dos movimentos de individuação do corpo/sujeito, justo e apropriado, em lugar do cuidado geral anônimo e populacional. Uma visão de corpo embasada no autocuidado e resiliência, com ênfase nos processos vitais e não na doença, é o elemento a ser pensado. Penso em uma medicina integrativa sem metáforas de luta ou guerra contra a doença, na qual as palavras de ordem são recuperação, equilíbrio, harmonia e relações éticas consigo e com o meio. Resgatar a paixão pelo cuidar e o sentimento da compaixão na atenção médica. Tratam-se de racionalidades médicas que propõem uma semiologia e uma terapêutica que possibilitem o sujeito falar de si em uma lógica experimental do seu corpo nos âmbitos do sensorial e do emocional.

Nessa direção, trago, inicialmente, uma sucinta discussão sobre o conceito de enfermidade para marcar outros modos de olhar os processos de alterações do corpo. Segundo Helmann (2009), a enfermidade poderia ser relacionada à experiência singular do adoecer do paciente quando vai ao médico, relatada do modo como foi afetado na sua experiência vital, enquanto o conceito de doença seria relacionado ao que o órgão tem de alterado. Desse modo, “enfermidade se refere à resposta subjetiva do paciente ao fato de não estar bem” (HELMANN, 2009, p. 120), que o levou a procurar o cuidado médico, pela perspectiva do próprio sujeito que adoce a respeito de si ao sofrer. A doença, por outro lado, se relacionaria à coisa física alterada a ser corrigida ou extirpada para um movimento de normalização de elementos objetivos do corpo e da mente, a partir do saber objetivo do especialista.

No mesmo sentido, corroborando o modo de pensar a enfermidade como um processo de experiência humana, Rosenbaum (2008) afirma que a "recuperação da narrativa como acesso ao sofrimento transformou-se, então, em um elemento vital" (p.174) para uma prática clínica que se utiliza da enfermidade para uma compreensão dos movimentos corporais e existenciais do sujeito em sua história singular e seu adoecer. Assim diferenciariam-se enfermidade e doença. A enfermidade se traduziria no movimento existencial do sujeito relatado em sua atividade linguajante e perceptiva de si como característico do sofrimento, ao invés do olhar biomédico da doença dos órgãos.

Todavia, a teoria dominante da doença, nos últimos dois séculos, têm sido a de que, quando alguém está doente, é por causa de uma doença ou lesão localizada em algum órgão ou mecanismo molecular alterado que precisa ser corrigido. Há pouca ou nenhuma abordagem a respeito da experiência do adoecer, dos processos existenciais que levaram o sujeito à condição de enfermo, ficando o olhar de médicos e, inclusive, dos pacientes, subjetivados pela visão de corpo biomédica, na patologia do órgão.

Nesse cenário, não há como pensar a enfermidade (ou a doença) sem discutir "cura". A discussão de "cura" emerge no plano da ressignificação das relações existenciais de modo diferente do biomédico. Se nesse último guarda relação à reconstituição normalizadora de funções de órgãos, poderia, no caso de uma visão de enfermidade enquanto movimento existencial do corpo, alicerçada no fazer falar a experiência do sujeito enfermo, ser considerada como a oportunidade oferecida pelo próprio sujeito de retomar a si mesmo, no protagonismo ético de sua existência em movimentos de fluxo e refluxo do existir. O médico seria um facilitador desse movimento existencial corporificado. Nessa perspectiva, é o processo que importa; é como se caminha, é *como* se chega e não *onde* se chega. Não a normalização de corpos, mas a própria experiência com relação aos outros, traduzindo o cuidado em um equilíbrio dinâmico. "Não podemos (...) idealizar a cura. Centremo-nos em cuidados [pois] quando finalmente o ocupar-se de si mesmo ganha corpo em uma pessoa, ele traz à vida significado(s) em permanente exame e ressignificação" (ROSENBAUM, 2008, p. 76).

Segundo Ganguilhem (2005) o verdadeiro processo de experiência de se estar enfermo deve necessariamente passar pela própria experiência e ressignificá-la: "a saúde, depois da

cura, não é a saúde anterior” (CANGUILHEM, 2005, p.70). Nesse sentido, “curar” pode ser o trabalho que se exerce sobre si, um processo existencial no qual se produza um bem viver, pois, nessa perspectiva, a “patologia” decorre de uma produção existencial imbricada à vida e às relações de cada um. Canguilhem (2005) levanta a questão se “saúde é o poder de pôr à prova todos os valores e todos os desejos” (p. 39). Ou seja, uma potencialidade em ação vital, prática e existencial, na qual se vive a capacidade de se representar a si mesmo, seus exercícios existenciais e seus limites. Um corpo que, ao produzir a si mesmo, “é, ao mesmo tempo um dado e um produto. Sua saúde é, ao mesmo tempo, um estado e uma ordem” (CANGUILHEM, 2005, p. 42). Uma experiência existencial incorporada. Uma ideia de saúde em que o corpo, produzido por si e coconstituído junto ao meio, possa viver sua vida com audácia e satisfação própria, ao mesmo tempo que em profundo respeito aos que vivem consigo, produzindo uma rede de legitimidades e diversidades existenciais.

Nesse sentido, o adoecimento pode se traduzir em um tipo de crise na qual o corpo se faz aparecer de modo mais sofrido, mostra nossa corporeidade em seus modos mais instintivos e não conscientes, portanto relacionado à experiência própria do corpo. Um ser afetado através do qual a experiência da corporeidade existencial é atravessada em todo nosso viver. Um corpo, cujo espaço existencial singular no qual se curvam e se incorporam as experiências vitais, é afetado, transformado e configurado.

Nesse cenário e com o objetivo de chamar a atenção para outras verdades sobre o corpo, no sentido dos fluxos e intensidades da existência, trago os saberes das práticas integrativas, algumas técnicas já pensadas sobre o corpo criam condições para se pensar o corpo diferentemente da objetividade biológica. Utilizarei os conceitos destas Racionalidades Médicas citadas como ferramentas para estimular novos olhares e rupturas epistemológicas, enquanto “formas alternativas, outras subjetivações, que operem diferentemente” (RAGO, 2002, p.262) nas visões de corpo que possam produzir outros efeitos de poder implicados em tecnologias para as práticas do cuidado de si. Saliento que a escolha dos autores que trago para discutir o objetivo dessa pesquisa vem de encontro às suas capacidades conceituais para desconstruir a visão biológica de corpo de modo profundo e sustentado, legitimando a construção do corpo existencial. Tenho a clareza de que se trata de um recorte e que muitos outros autores e perspectivas poderiam acrescentar elementos adicionais à discussão.

Esse é o caminho percorrido por essa pesquisa. Trabalho com ferramentas teórico/práticas para produzir outro olhar sobre o corpo, visando pensar técnicas do cuidado baseadas em outra configuração corporal, pautada em fluxos e movimentos interconectados, que continuamente produzem e transformam uma possível estrutura em cada corpo singular, ao mesmo tempo em que conserva uma identidade, também dinâmica e flutuante, ao longo do viver. Sim, há órgãos no corpo, mas os discuto, nessa pesquisa, enquanto manifestações de intensidades e sensações, de fluxos e percepções: a fisiologia do organismo se mostra somente como um recorte das múltiplas possibilidades do corpo e suas relações com o meio. Um corpo que se faz a partir da carne que vive e se conforma imbricada ao mundo, configurando-se nos processos de vida e morte que coexistem desde o início até o fim da realização do movimento vital. Enfim, pensar uma perspectiva de corpo que aproxime o ser humano de si, dos outros e do meio onde vive. Não só aproxime, mas o entenda como coconstituído, interconectado e imbricado à natureza, em contínua transformação, fonte recursiva da identidade singular produzida e incorporada através das experiências que vive.

3 REVISITANDO A HISTÓRIA DO CORPO NAS PRÁTICAS MÉDICAS: DO CORPO INTEGRADO AO CORPO OBJETIVO E FRAGMENTADO

Realizar um estudo histórico sobre o corpo foge ao escopo dessa pesquisa devido a sua amplitude e complexidade, abrangendo estudos específicos relacionados a campos como a Sociologia, a Antropologia, a História, e, dentre outros, a própria medicina. De acordo com Separavich e Canesqui (2010), os estudos de Marcel Mauss e Margaret Mead

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” (SEPARAVISH E CANESQUI, 2010, p. 251).

Conforme Hellman (1994), são variantes a cada sociedade e momento histórico as crenças acerca da forma e tamanho ideais do corpo, crenças de sua estrutura interna e crenças sobre suas funções:

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 experiencia o próprio corpo, consciente ou inconscientemente” (HELLMAN, 1994, p. 30).

Dito isso, na intenção de refletir sobre o corpo para além de um fenômeno natural, passo a trazer alguns elementos históricos para chamar a atenção para a ocorrência de determinadas condições – saberes e conhecimentos médicos, crenças religiosas, conflitos e invasões territoriais, relações entre saberes médicos e científicos, urgências econômicas, políticas e sociais, dentre outros aspectos sociohistóricos – imbricadas à produção das práticas e intervenções médicas, no corpo, e posteriormente, ao governo da vida.

3.1 O corpo nas práticas médicas: da antiguidade ao século XVII

No mundo ocidental, os primeiros princípios acerca da natureza das coisas foram elaborados por Thales de Mileto, ao propor a existência de uma *Physis*, muitas vezes reconhecida como sinônimo da própria Natureza, como um princípio/substância imutável que percorreria todas as coisas, conferindo suas qualidades em um equilíbrio harmônico. Uma substância da qual derivam todas as coisas, de onde vem e para onde retornam, em uma inseparável dimensão humana, com relação ao social, à política e à Natureza (TIERNO, 2017). A partir dessa compreensão do humano, com relação ao funcionamento do corpo, suas enfermidades e interações com o meio, Hipócrates (460-377 A.C.) propunha que o corpo saudável era o que se mantinha em equilíbrio nos quatro humores fundamentais que o compunham: bile amarela, bile negra, sangue e fleuma (SEPARAVICH & CANESQUI, 2010) aos quais se associavam os comportamentos colérico (fúria e agressividade), melancólico (introvertido e triste), sanguíneo (extrovertido e comunicativo) e fleumático (calmo e impassível).

Conforme Souza (1996), Hipócrates supunha que cada indivíduo possuía uma propensão a um desses quatro tipos de padrões comportamentais relacionados à enfermidade. Essas ideias ainda sobrevivem até os dias atuais em expressões de uso corrente utilizadas para caracterizar o temperamento das pessoas (SOUZA, 1996). Na origem da teoria humoral estava a tentativa de explicação da *physis* do homem, suas peculiaridades e suas múltiplas mudanças na saúde e na enfermidade. Segundo a teoria, os humores guardavam relações internas, mutuamente geradoras, entre os quatro elementos considerados como constituintes da materialidade corporal e da própria estrutura do mundo: fogo (sangue), ar (bile amarela), terra (bile negra) e água (fleuma). Estabeleceu-se uma correspondência dos humores com os

quatro elementos (terra, ar, fogo e água), as quatro qualidades (frio, quente, seco e úmido) e as quatro estações do ano (inverno, primavera, verão e outono).

As condições existenciais do corpo, no equilíbrio dos humores, eram resultantes das mútuas relações do indivíduo com o meio e suas qualidades, associados aos tipos de comportamentos (colérico, melancólico, sanguíneo e fleumático). Desse modo, sangue/fogo em relação com terra/bile negra gerariam *secura*, enquanto sangue/fogo em relação com ar/bile amarela gerariam *quentura*; água/fleuma com ar/bile amarela gerariam *umidade* e água/fleuma com bile negra/terra gerariam *frio*, as inter-relações em variadas proporções entre os humores caracterizam a singularidade de cada indivíduo, trazendo uma perspectiva de corpo integrado aos elementos constituintes do meio onde que vivia¹⁵. Hipócrates defendia, ainda, a observação cuidadosa da evolução das doenças e seus movimentos de cura (*vix medicatrix naturae*¹⁶) e seu princípio básico *primum non nocere*.¹⁷ (HIPÓCRATES, 2002). Nesse sentido hipocrático, não há como separar o cuidado de uma visão de corpo implicado ao comportamento e ao meio onde vive, associado à ideia do corpo gerando uma via de cura cuja intervenção humana estaria submetida ao não fazer o mal e no respeito à sua via de cura, enquanto eixos importantes do cuidado.

Com Aristóteles iniciou-se os estudos de anatomia comparada entre animais e humanos, com as obras *De partibus animalium* (Partes de animais) e *Historia animalium* (História de animais) (SOUZA, 2011). Todavia, Aristóteles escreveu em seu *Peri Psyche* (De Anima/Sobre a Alma) que a “alma não parece ser afetada nem pode produzir qualquer afecção sem o corpo” (ARISTÓTELES, 2010, p. 403), propondo a ação do corpo irreduzível à sua materialidade, necessariamente implicada à manifestação de uma força imaterial que o anima e emerge nas ações e relações com o meio onde vive.¹⁸ Segue-se Claudio Galeno de

¹⁵ Ressalto que a teoria hipocrática guardava semelhanças com as teorias da Medicina Clássica Chinesa, segundo a qual há cinco elementos/movimentos (metal, madeira, fogo, ar e água) relacionados aos órgãos, às estações do ano, à dinâmica mutuamente geracional e complementar *Yin/Yang* e aos estados psíquicos (QUEIRÓZ, 2006). De modo semelhante, na Medicina Ayurveda os cinco elementos (éter, ar, fogo, água e terra) se relacionam com as qualidades leve/pesado, quente/frio, claro/escuro, seco/úmido, móvel/inerte, liso/áspero, mole/duro, denso/sutil, lento/brusco, no que tange às influências do meio na constituição corporal.

¹⁶ Via de cura natural.

¹⁷ Primeiro não fazer o mal.

¹⁸ Sobre as relações da alma com o corpo e as relações históricas com o vitalismo em Aristóteles, ver minha dissertação de mestrado “O corpo a mente e o sujeito: Será possível um cuidado de si em saúde que considere o modo existencial do paciente?” (AZAMBUJA, 2019).

Pérgamo, inspirado em Hipócrates e Aristóteles, mas diferenciando-se deles ao ser um dos primeiros a estabelecer distinções entre o corpo e a mente. Conforme Souza (1996), para Galeno, havia uma hierarquia de funções fundamentais: a superior, o *logus*, especificamente humana, e outra, inferior, a animal e a vegetativa, comuns a todos os seres vivos. Segundo Separavich e Canesqui (2010), “é em Galeno que se encontraram evidências significativas de como as ideias de uma essência biológica, natural, determinada e determinante do corpo, de seus processos e de suas diferenças foram construídas historicamente” (p. 251) em uma perspectiva atomista, mesmo que, para o anatomista, fisiologista e terapeuta italiano, a teoria dos humores ainda fosse uma concepção importante de como funcionaria o corpo.

Com a proibição de violação de pessoas mortas, Galeno praticava sistematicamente a dissecação de animais e “os humanizava por analogia” (SOUZA, 2011, p.3): os achados anatômicos em animais serviam de correlatos em humanos. Galeno distinguiu artérias de veias do ponto de vista anatômico (sem conseguir distinguir funções), concebeu uma ideia de irrigação sanguínea não circulatória, mas terminal nas periferias corporais e promoveu algumas experiências com nervos e suas funções na contração muscular. Foi com Galeno que “a medicina experimentou um desenvolvimento surpreendente no campo da anatomia. Seu modelo explicativo da fisiologia corporal perdurou por pelo menos quatorze séculos, ou seja, durante todo o medievo” (SEPARAVICH & CANESQUI, 2010, p. 251).

Ao dissertar sobre o papel da medicina na cultura grega, Foucault (1985) argumenta que a medicina não era somente vista como uma técnica de intervenção no caso de doença, mas também “devia, sob a forma de um *corpus* de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e o sono, com as diferentes atividades e o meio” (FOUCAULT, 1985, p. 106). Segundo o filósofo, os elementos do meio – disposição das peças da casa, vestuário e alimentação conforme as estações do ano, tipos de atividades considerando as condições do corpo (digestão, cor da urina), por exemplo – eram vistos como “portadores de efeitos positivos ou negativos para a saúde” (FOUCAULT, 1985, p. 107). Tal percepção gerava uma problematização contínua e detalhada do meio, com uma valorização do circundante em relação ao corpo e uma fragilização do corpo em relação ao que o circunda. (FOUCAULT, 1985).

Posteriormente, após a perseguição aos intelectuais durante o reinado de Ptolomeu VIII e com a destruição (talvez parcial) da Biblioteca de Alexandria, a “erupção do conhecimento

da cultura grega quase parou na Idade Média” (SOUZA, 2011, p.3), por mil anos, entre os anos 450 DC a 1500 DC, quando houve pouco ou nenhum acréscimo nos conhecimentos acerca do corpo, pois esse era assunto de Deus. Os conhecimentos greco-romanos produzidos, até então, foram mantidos pelas culturas do Oriente Médio. O persa Avicena (980-1037 D.C.) sistematizou os conhecimentos de Hipócrates, Aristóteles e Galeno, os quais foram publicados pela primeira vez no mundo ocidental em 1492 (SOUZA, 2011).

Depois do período medieval, com a retomada do pensamento humanista durante a Renascença e a reedição dos escritos de Avicena, os critérios da Santa Sé passaram “a ser mais condescendente(s) com a dissecação de cadáveres a partir do século XIV” (SOUZA, 2011, p. 4), disseminando-se timidamente durante o século XV. Inicialmente com o interesse de artistas, sobressaindo-se Leonardo da Vinci (1452-1519) e Michelangelo (1475-1564) e em seguida em âmbito acadêmico italiano quando

um decreto oficial ordenou ao Colégio de Médicos e Cirurgiões de Veneza que efetuasse pelo menos uma dissecação pública por ano (...) [um] agendamento de um evento de periodicidade regular (...) que ao longo dos séculos XIV e XV passou a ser praticada não só na Itália, como na Inglaterra e França” (TALAMONI, 2014, p. 34).

Tais práticas públicas de dissecação do corpo traduziam-se num evento social, num espetáculo, que costumava seguir um ritual que iniciava com uma missa em celebração ao morto para em seguida se proceder à dissecação, finalizando com um banquete no qual se reunia a elite médica. Tais acontecimentos eram celebrados em épocas tipo carnaval como um divertimento mundano, durante os quais não era incomum os espectadores estarem fantasiados (TALAMONI, 2014). Os procedimentos eram realizados em teatros especialmente construídos para esse fim, frequentemente privados, com convidados. O espetáculo muitas vezes escolhia a dissecação de humanos com deformidades como estimulante da curiosidade da audiência. Outras vezes, frequentemente, se utilizavam corpos de criminosos, conferindo um caráter de punição e exemplar para a sociedade (TALAMONI, 2014), o que faz lembrar “O Corpo dos Condenados” em Foucault (2014).

O grande precursor dos estudos anatômicos foi o belga Andreas Vesalius (1514-1564). Suas dissecações públicas eram lotadas de expectadores e em 1543 publicou seu livro *De Humanis Corpori Fabrica Liber Septem* (Sete livros sobre a fábrica do corpo humano). Devido à metodologia empregada, bem como as correções aos conhecimentos galênicos até então praticados, o livro tem sido considerado como de grande valor para os historiadores em medicina e referencial das modernas ilustrações de livros de anatomia modernos (SOUZA,

2011). Kickhöfel (2003) refere que a grande diferença coube ao fato de ser a primeira vez que foi publicado um livro com uma vasta gama de desenhos anatômicos não voltados aos artistas da época, mas ao estudo próprio do corpo na medicina, mesmo que seu valor tenha sido reconhecido mais tarde.

3.2 O corpo nas práticas médicas a partir do século XVII¹⁹

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 de fenômenos físicos e testagem de hipóteses e explicações, assentadas numa realidade natural e objetiva, o que levaria, no século 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 condições 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) o 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:

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 (HAGENBERG, 1998. p.24)

¹⁹ Este segmento compôs parte do artigo *O poder sobre a vida: os corpos regidos pela prática biomédica versus corpos de intensidades* (AZAMBUJA, 2023) e também integrou o artigo *Construção de saberes sobre o corpo: o fazer falar de um saber médico* (AZAMBUJA, 2021).

Essa argumentação é publicada 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). Hegenberg (1998) descreve a evolução histórica do conceito de doença como um processo sequencial de descobertas científicas, do mesmo modo como se pode compreender as descobertas em anatomia descritas em Talamoni (2014) e mais evidentemente em Separavich e Canesqui (2010) enquanto movimentos de transformação epistemológica do saber sobre o corpo no âmbito de “revoluções científicas” geradas no próprio fazer científico.

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 produções/invenções de saberes sobre o corpo para “se fazer visível o interior do corpo humano, como uma espécie de autópsia sem disseção” (p. 30, tradução nossa): 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 Roentgen, cujo êxito na investigação do interior do corpo tornou seu uso imprescindível por muitos anos. Dessa maneira, segundo Faure (2005, p. 32), “o corpo, que os aparelhos exploram cada vez mais profundamente, também se percebe de uma forma cada vez mais precisa e fragmentada. À decomposição do corpo órgão a órgão e aparelho por aparelho se soma outra decomposição baseada nas práticas das autópsias”. Produziu-se uma avalanche de introdução a novas técnicas de investigação voltadas para o interior do corpo, até suas manifestações microscópicas com a anatomia patológica e a histologia. Associaram-se, também, novas técnicas de imobilização de partes do corpo traumatizadas, com base em entendimentos anatômicos e a utilização do éter e do clorofórmio como substâncias anestésicas para procedimentos mais invasivos sem dor ao

paciente. Registra-se que a ação do éter e do clorofórmio, assim como o óxido nitroso (gás hilariante), já eram há bastante tempo conhecidas, principalmente em espetáculos circenses.

No final do século XVIII e início do XIX, assistimos com Laënnec (1781-1826) a criação de uma discreta novidade, proporcionando uma transformação no saber anatomoclínico, na medida em que estimulou e estabeleceu um novo olhar nas relações entre a anatomia, a patologia, até então características da anatomoclínica, adicionando o sintoma clínico como manifestação das alterações patológicas na anatomia a partir do uso de instrumentos para melhorar a escuta do corpo. Com cilindros de madeira cônicos conseguia-se auscultar melhor os pulmões e o coração distinguindo ruídos antes não percebidos acuradamente. Um novo universo se desvelava com a inclusão dos sintomas clínicos relacionados aos achados anatômicos da patologia. 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, alcançava publicações:

Ao lançar sua revista *Archiv für physiologische Heilkunde*, 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. Em suas pesquisas – as funções do pâncreas, a função glicogênica do fígado, a descoberta do sistema vasomotor – afirmava ser crucial a aplicação do método científico para o estudo do corpo. Apesar de salientar a totalidade do corpo em sua fisiologia, na prática, os

conhecimentos de Bernard sustentaram, ainda mais, a estrutura e funcionamento do órgão para o entendimento dos fenômenos corporais. 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. Foi com ele que iniciaram as medições e verificações de constantes corporais no sentido de registrar e catalogar o que seria normal para o corpo. Nesse sentido, experimentalmente e de modo original, produziu saberes sobre o corpo na perspectiva de uma nova transposição do olhar perante o corpo físico e biológico: a glicose no organismo não seria somente decorrente passiva da ingesta alimentar, mas também oriunda de uma produção interna a partir do que se chama hoje em dia de gliconeogênese hepática: uma fisiologia da glicose.

Demonstrou experimentalmente em animais que há um equilíbrio constante nas medições da glicose sanguínea, através da produção de glicose pelo fígado a partir de substâncias armazenadas como o glicogênio (um polissacarídeo hidratado presente no fígado e nos músculos), equilíbrio que chamou de fisiologia, ao mesmo tempo em que o acréscimo da glicose sanguínea gera o aumento de sua excreção urinária no sentido de normalizar os valores sanguíneos²⁰. Claude Bernard então formulou a hipótese de que a glicemia é uma constante em um organismo normal e que, fora desse contexto, há doença. Medir essa constante seria uma forma de atestar a saúde ou a doença, e criou condições para uma nova fase na medicina.

Um dos efeitos importantes das pesquisas do fisiologista francês, portanto, refere-se à mudança do olhar na configuração da doença no organismo. Se tratou 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. Apesar de sua formação cristã com

²⁰Somente um pouco mais tarde, em 1889, Minkowski e Mehring descobriram a insulina no pâncreas canino – a insulina é um hormônio que, entre outras, tem como principal função promover a entrada de glicose para o meio intracelular, retirando da corrente sanguínea e, assim, possibilitando o uso da glicose como energia.

princípios essencialistas, Claude Bernard oscila seus princípios de modo inconclusivo, mas no final de sua carreira afirma que os meios internos do corpo, sua fisiologia, são produtos de seus órgãos e que “o organismo só é uma máquina viva” (FAURE, 2005, p.46), dando margem à influência cartesiana e materialista no olhar sobre o corpo. Bernard introduz um cenário realmente transformador para a anatomoclínica dos sintomas: correlaciona um dinamismo interno do corpo de órgãos, e pode-se dizer que o alça a um patamar de organismo ao traçar caminhos fisiológicos e fisiopatológicos em perspectiva de causa e efeito. As experimentações praticadas por ele inauguraram a fisiologia científica e introduziram novos conceitos, como o de “meio interno” do corpo. O meio interno seria regido por substâncias produzidas pelo organismo que correlacionava o conjunto dos órgãos em uma unidade fisiológica de causa e efeito, promovendo múltiplas interrelações entre as partes através de funções de síntese e degradação de substâncias suprindo as necessidades do organismo vivo. Dali em diante, diversos saberes acerca dessas funções foram sendo criados em nível microscópico e bioquímico, chegando, no século XX, ao conceito de metabolismo celular.

Cabe observar também a importância da revolução higienista ocorrida entre o século XVIII e XIX. Embora com diferentes compreensões, a importância da relação do corpo com o meio ambiente já ocorria desde as teorias humorais de Hipócrates e Aristóteles, perpetuadas em grande parte por Galeno, até as teorias miasmáticas que se caracterizavam como emanções contagiosas de regiões pantanosas, consideradas nocivas pois corrompiam o ar e atacavam o corpo humano. Havia a percepção de que o meio influenciava a constituição corporal, especialmente em condições mórbidas, com características de propagação contagiosa.

Foi com a observação de Jenner (1749-1823) acerca da possível imunização de pessoas que ordenhavam vacas e não contraíam a varíola, desde que tivessem contraído a forma bovina da varíola, muito mais branda, que se constituiu um ponto de mutação no olhar relativo ao significado do contágio e de uma possível imunização. Diante disso, ele resolveu inocular um jovem saudável com a secreção purulenta da mão de uma ordenhadora. O rapaz desenvolveu a varíola de forma muito benigna e logo se curou. Em seguida repetiu o procedimento no rapaz e ele não desenvolveu varíola, o que fez inferir que o menino havia ficado imune à doença e que havia um componente contagioso na secreção variólica. Um ano antes de Jenner morrer, nasceu Louis Pasteur (1822-1895). O trabalho de Pasteur, a respeito

da raiva humana e da descoberta dos microorganismos abriu caminhos para a uma teoria microbiana e higienista do corpo.

A percepção de que havia microorganismos que se relacionavam com o corpo e conviviam com a sua interioridade, vinculados aos processos fermentativos, trouxe a ideia de relação do corpo com o meio de modo mais evidente, descritível, mensurável, observável, ao mesmo tempo em que se produziu uma concepção de defesa imunológica ao longo do século 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 instâncias de controle social com as finalidades de manejar os surtos epidêmicos e controlar da 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 à serviço das estratégias do biopoder.

“A cidade, com suas principais variáveis espaciais, aparece como objeto a se medicalizar” (FOUCAULT, 2010a, p. 201). O potencial patogênico urbano gerava múltiplas situações de pânico populacional, tal como o ocorrido com o Cemitério dos Inocentes (FOUCAULT, 2010a), que se situava no bairro Les Halles. O cemitério foi fechado em 1780, por razões de higiene, pois em épocas chuvosas era comum ossadas emergirem nos campos do cemitério, além do odor e contaminação devido à matéria orgânica em decomposição que de lá provinha. Segundo Foucault (2010a), eram múltiplas as situações - em quase todo o caso público de saúde - em que se exigia “um discurso médico sobre a morbidade urbana e uma

vigilância médica de todo um conjunto de disposições, de construções e de instituições” (p. 203).

As práticas médicas ganharam, desse modo, progressiva influência em diferentes instâncias do poder a ponto de o médico se tornar “o grande conselheiro e o grande perito” (FOUCAULT 2010a, p. 203), para gerir e conservar a saúde populacional. Os hospitais modificaram-se, ajustados geograficamente em relação aos centros urbanos e organizados internamente para vigilância, enquadramento e cura dos doentes através de tecnologias e saberes médicos, a fim de “torná-lo medicamente eficaz” (FOUCAULT, 2010a, p. 205). Introduz-se, assim, uma medicina com função maior de higiene pública, que dentre outras técnicas passa a atuar através de campanhas de higiene e da medicalização da população.

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. Desse modo, a criação e crescimento dos Estados Nação, na Europa, depois disseminados pelo Ocidente de acordo com as especificidades locais, exigiu um novo regime no funcionamento das estratégias direcionadas ao governo da vida.

3.3 A vida, do corpo individual aos corpos populacionais, passa a ser regida pela Medicina.²¹

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

²¹ Este segmento compôs parte do artigo *O poder sobre a vida: os corpos regidos pela prática biomédica versus corpos de intensidades* (AZAMBUJA, 2023).

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).

A produção de saberes técnicos, no caso da medicina, enquanto discursos verdadeiros, que se acumulam, modificam, circulam e atravessam o campo social, para além de “descobertas científicas”, configura-se como construções históricas cujo “ritmo das transformações não obedecia aos esquemas suaves e continuístas de desenvolvimento que normalmente se admite” (FOUCAULT, 2010a, p.3). Segundo Foucault (2004a, 2010a), os discursos médicos, os saberes produzidos sobre o corpo, a partir do século XVIII:

romperam não somente com as proposições ‘verdadeiras’ que até então puderam ser formuladas, mas, mais profundamente, com as maneiras de falar e ver, com todo o conjunto das práticas que serviam de suporte a medicina. Não são simplesmente novas descobertas; é um novo ‘regime’ no discurso e no saber (FOUCAULT, 2010a, 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. A objetividade, produto do procedimento investigativo e experimental, gera a percepção de isenção na produção de saberes ao fazer crer que são descobertas acerca de uma realidade em si, e vem ocupando papel estratégico no funcionamento do biopoder. Todavia, trata-se de uma transformação no modo de olhar o corpo para atender a uma demanda social, econômica e política, mais do que uma "evolução científica". 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 e de entendimento dos saberes, caracterizada por 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, 2004a, 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. Para o filósofo francês (FOUCAULT, 2004a), tal transformação do saber médico ofereceu, como potencial, a possibilidade do controle geral das epidemias e das classificações de doenças que se manifestavam no corpo, independente dos sujeitos, aplicável nas populações e em regimes hospitalares, com técnicas terapêuticas facilmente reproduzíveis, com fins do restabelecimento rápido do indivíduo ao sistema socioeconômico em atividade. Se estabeleceu uma técnica de controle da saúde dos corpos ao nível das populações em sua organização espacial urbana, gerando políticas direcionadas à vida: o fazer viver no âmbito do biopoder do regime capitalista.

Segundo Foucault (2010a), desde o início do capitalismo, o primeiro objeto socializado foi o corpo, com a medicina cumprindo um 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” (FOUCAULT, 2010a, p. 80). A elaboração de uma nova concepção de normalidade assentada em padrões populacionais de mensuração de constantes biológicas, de estatísticas de mortalidade e natalidade, de outra organização urbana e social, constituíram-se como técnicas que contribuíram para regulamentar o estado de saúde *geral* da população. Ao mesmo tempo, favoreceu a docilização do sujeito e a governamentalidade ao criar condições para a permanência do trabalhador ativo na produção e circulação de mercadorias do nascente sistema capitalista.

Historicamente, a medicina, derivada de olhares voltados para a objetividade corporal, segundo Foucault (2010a), já nasceu com uma orientação de controle e gestão social. Por exemplo, na Alemanha surgiu como função de reforço de um Estado forte na perspectiva da unificação da Prússia e na necessidade de um processo de planejamento unificado de saúde para a população prussiana em vias de se transformar em estado Alemão; na França, como problema de constituição de espaços urbanos coerentes e organizados, de acordo com o predomínio do pensamento cartesiano, visando “uma medicina das coisas: ar, água, decomposição, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência” (FOUCAULT, 2010a p. 92), e uma gestão dos descartes domésticos (lixo, dejetos), da organização dos cemitérios, da localização dos matadouros, enfim tudo que poderia trazer doenças à população; e, na Inglaterra, surgiu com a ênfase voltada aos pobres, pois

socialmente o pobre cumpria com funções importantes na cidade (entregadores, carregadores, serviços diversos, inclusive a condução de pessoas mais abastadas para outros imóveis, pois como não havia ainda a prática do endereço, muito do conhecimento das localizações era de domínio popular), estabelecendo a “Lei dos Pobres”, que foi elaborada como possibilidade de controle sanitário ao estabelecer uma assistência médica gratuita aos mais desfavorecidos.

Com tais antecedentes de controle e gestão social, principalmente na França e na Inglaterra, por necessidade de vigilância e disciplinarização dos doentes, se produziu a redefinição e reorganização dos hospitais para cumprir com as novas perspectivas. Conforme Foucault (2010a), o primeiro movimento foi de transformação dos antigos asilos em estruturas hospitalares, anulando os efeitos negativos de tais estruturas que serviam somente para recolher os doentes e os incuráveis, os moribundos das ruas, aqueles com potencial de disseminar doenças na cidade ou até dentro destas instituições, para uma nova prática: o hospital terapêutico. Como já discutido, o hospital terapêutico inaugurou uma nova forma de cuidado atravessada por um saber médico com uma técnica específica de captura e manejo da vida: “por um lado, a disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, a transformação, nesta época, do saber e das práticas médicas” (FOUCAULT, 2010a, p. 107).

Desse modo, 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. Tais instituições, e o hospital em particular, foram sendo assentadas como novos espaços de funcionamento dessas práticas de exame. Foram-se produzindo novos entendimentos, por exemplo, sobre a localização dos hospitais, que deveriam ser estruturados em locais que não fossem distantes, como eram os asilos, e ficassem em regiões urbanas, mais acessíveis. Além disso, reestruturou-se o espaço interno dessas instituições para que se permitisse a internação e/ou cuidado planejados do doente, para seu estudo e vigilância, para que não se transformasse em risco para os demais. Por último, se consolidou uma poderosa reorientação das relações de poder no cuidado ao sujeito e seu corpo: o que antes era do âmbito religioso, foi, agora, para o âmbito da verdade dos homens como arautos da ciência.

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 2010a, p. 106): os casos clínico-patológicos. Constituíram-se técnicas que permitiram a distribuição, a análise e julgamento, a catalogação em tipos de doenças para poder agir sobre elas como corpos esquadrihados em sua arquitetura anatômica. Foi nesse contexto histórico que o “indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica” (FOUCAULT, 2010a, 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, p. 143) 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”. 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”.

Integrada ao governo da população, em sua saúde e distribuição urbana, passível de ser esquadrihada objetivamente, surge uma medicina direcionada aos fenômenos dos corpos. A condução da vida e da saúde necessitou uma ruptura e reinvenção no olhar nas técnicas direcionadas aos corpos. Uma medicina aplicada em populações classificadas conforme tipos de doenças sem histórias singulares, para tratamentos médicos de acordo com o enquadramento em coletivos de patologias.

Nesse cenário, a fisiopatologia e a teoria microbiana foram, ao mesmo tempo, movimentos de ruptura e complementaridade aos saberes que se produziam na anatomoclínica, na medida em que aprofundaram noções fisiológicas sobre a natureza biológica do corpo. Tal compreensão de corpo biológico capacita, ao fim e ao cabo, a

categorizar, disciplinar, organizar os indivíduos conforme sua doença orgânica, enquanto corpos anônimos e estatísticos enquadrados em espaços de estruturas de investigação hospitalar. 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:

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] (FAURE, 2005, p. 23, tradução nossa).

Um sujeito sem exames de imagem e de laboratório não configura mais o estar doente de acordo com sua experiência existencial. Não se questiona mais a necessidade ou não de uma ecografia para diagnósticos de dores abdominais: sua indicação se impõe, como necessidade objetiva, inquestionável e inequívoca. 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).

Mais do que o controle da doença no indivíduo e dos fenômenos populacionais, desde o século XIX, as técnicas do biopoder vêm possibilitando às pessoas condições extremas de “viver no mesmo momento em que elas deveriam, biologicamente, estar mortas há muito tempo” (FOUCAULT, 2005, p. 296). No limite contemporâneo, Nas técnicas terapêuticas biomédicas emergem, e não se tornam tão incomuns, as práticas de obstinação terapêutica na qual indivíduos, que já não apresentam condições de viver bem a vida, são submetidos a condições artificiais de vida ou a tratamentos de sustentação da vida por tempos prolongados, sem que haja perspectivas de um bem-viver ao sujeito enfermo. Tal fazer viver, no extremo, mostra-se como uma prática de distanásia.

Portanto, 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. Com tal perspectiva, foi possível estabelecer universalidades (todos temos fígado e todos podemos desenvolver patologias hepáticas, caracterizadas por funções e alterações moleculares em sua estrutura) para se estabelecer estratégias em nível populacional (políticas de controle de natalidade, de controle do HPV - *human papiloma virus* – da incidência de tuberculose, do tratamento da SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida - de vacinações). Para as biopolíticas, não são sujeitos que vivem sua corporeidade e com ela produzem enfermidades no transcurso de seu viver, mas corpos e fenômenos biológicos genéricos, que engravidam, adoecem, contaminam-se, morrem, cujos dados epidemiológicos possibilitam ou não intervenções governamentais. 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. Compreensões e crenças enquanto efeitos de saber/poder sobre a vida que nascem de um saber científico e objetivo, cuja visão e categorias criam um corpo coisificado em sua biologia e, contemporaneamente, em seu genoma.

4 O CORPO MOLECULARIZADO E O BIOPODER CONTEMPORÂNEO²²

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. Para Foucault (2008), é um capital que “vai ser chamado de capital humano na medida em que justamente a competência-máquina de que ele é renda não

²² Este segmento compôs parte do artigo *O poder sobre a vida: os corpos regidos pela prática biomédica versus corpos de intensidades* (AZAMBUJA, 2023)

pode ser dissociada do indivíduo humano que é seu portador” (p. 311-312). Nesse sentido, a noção de capital humano vai implicar um conjunto de habilidades ou destrezas, aptidões adquiridas ou próprias dos trabalhadores, produzidas e custeadas por eles, que adquirem valor de mercado na forma de capital humano de troca (GADELHA, 2009).

A automatização do trabalho empurra o trabalhador a levar ao seu serviço seus conhecimentos e habilidades, efetivados como produtos de investimentos de capital, a partir de sua renda e capacidade de investimento na sua educação e treinamento. De tal modo que ele é, ao mesmo tempo, capital investido e produto de sua atividade laboral. “Nesses termos, a economia política passa a ter como objeto o comportamento humano, ou melhor, a racionalidade interna que o anima” (GADELHA, 2009, p. 176), principalmente quando se trata da construção de saberes que estimulam corpos e mentes em suas competências profissionais, em políticas e processos de subjetivação, 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 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).

Discutindo a questão do risco sob a égide do neoliberalismo e do sujeito empreendedor de si, Castiel *et al* (2016) propõe o termo "preemptivo" para evidenciar a diferença do preventivo: “Este último se apresenta sob o ponto de vista populacional, baseado, por exemplo, em estudos de corte que estabeleçam os ‘fatores de risco’ para doenças não transmissíveis. Já a abordagem preemptiva se propõe a ser personalizada” (CASTIEL *et al*, 2016, p. 98), mediante análises hereditárias e de hábitos e de como o organismo biológico se comportará em âmbito futuro, conforme a episteme biomédica, com vistas à contínua presença do sujeito no mercado de produção e consumo. “Essa aritmética utilitarista se propõe a escolher a ação [terapêutica] que seja correta (...) para máxima longevidade” (CASTIEL *et al*, 2016, p. 105) e se constitui em uma tirania nunca alcançada do corpo perfeito e longo para o viver inserido na contínua e permanente sociedade de consumo, na qual o principal capital é o próprio sujeito. Tratam-se de estratégias que alimentam o investidor de si. Segundo os autores, seria:

cabível imaginar que seremos cada vez mais dirigidos pela produção de subjetividades constituídas por um peculiar grupo de protótipos [corporais] em função da hiperprevenção terapeutizadora e de suas variantes, todos orientados... [pelo] utilitarismo que estabelece as receitas corretas de busca autônoma da felicidade (CASTIEL *et al*, 2016, p. 106).

Tal abordagem preemptiva sustenta um "minipanóptico" pessoal 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 é 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. Nesse sentido, em uma perspectiva preemptiva, cada vez mais incorpora ações e atitudes ao seu viver a partir de verdades biomédicas e de sua genética, buscando 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. Reorientam-se as relações de poder no sentido de

mirar no sujeito singular e sua vida, ainda anônima, adicionando uma responsabilidade gerada por saberes que não emergem de seu viver e de sua experiência existencial. 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. 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, bioética e “à incômoda e assustadora possibilidade de um retorno de práticas e políticas eugênicas (...) envolvendo, em maior ou menor medida, possíveis violações do que seria a natureza humana e o desrespeito à dignidade humana” (p. 4). 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 distinguiam um do outro e a invenção de novas técnicas biomédicas (xenotransplantes, engenharia de tecidos, cultivo de células-tronco, dentre outros (GADELHA, 2015, p. 4).

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 anônimos e 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). Nessa perspectiva, o desenvolvimento contemporâneo de biotecnologias avançadas traz 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).

Para Rose (2013), a estratégia biomédica no âmbito do neoliberalismo é diferente daquela adotada até a década de 70 do século XX, em que predominava a tentativa de eliminação de doenças, delimitada pelos polos de saúde e doença. Agora, caminha firmemente na perspectiva de redefinição do que é saúde junto com os projetos preemptivistas de futuro acerca de cada corpo molecularizado. Em outras palavras, se tenho uma genética, preciso corrigir o mais imediato possível. Trata-se do que sua genética prediz e o que pode ser feito agora. Tal é a perspectiva ascendente nas pesquisas e organizações regulatórias no primeiro mundo que possuem o monopólio das patentes da pesquisa genômica.

Todavia, no mundo subdesenvolvido ou em desenvolvimento, tais práticas se mesclam e imbricam com a pobreza da população e com as dificuldades de acesso através dos mecanismos de Estado. Desse modo, misturam-se centros hospitalares de excelência voltados à parte da população com maior poder aquisitivo e hospitais públicos vinculados ao SUS nos quais ocorrem tanto algumas condições de intervenções médicas através de práticas moleculares, principalmente centrada na terapêutica do câncer, quanto ações primárias de saúde que tentam incluir a população na rede de cuidado. Ao pensar acerca das práticas médicas no hospital público onde atuo, percebo que disso resulta uma heterogeneidade de casos clínicos que são, invariavelmente, submetidos a procedimentos de certa complexidade, mas sem o devido seguimento, acarretando em pacientes com sequelas graves de procedimentos cirúrgicos ou de patologias que não encontraram a terapêutica prescrita nos livros publicados pelo primeiro mundo.

A consequência mais imediata é a do sujeito parcialmente tratado, com acesso limitado às novas tecnologias, apresentando múltiplas sequelas, no qual o complexo saúde-doença ainda se mostra em toda sua dificuldade. Não é incomum o paciente acabar necessitando comparecer em uma Emergência pois não encontra guarda para a sequência de tratamento ou, ainda mais grave, o paciente que não consegue o primeiro acesso ao atendimento via Unidade Básica de Saúde (UBS), termina com complicações decorrentes da história natural de sua enfermidade como motivo principal de seu atendimento em uma Emergência. Assim temo complicações de casos tratados parcialmente – complicações de procedimentos cirúrgicos no tratamento do câncer, de quimioterapia, de enfermidades vasculares obstrutivas, de diabetes, hipertensão, entre outros, sem seguimento terapêutico – ou de casos que nunca conseguiram primeiro acesso, com patologias semelhantes às descritas acima. Mesmo com essa demanda

desproporcional ao sistema de saúde, ao invés de se produzir condições mínimas para o primeiro acesso, muitos hospitais, enquanto representantes de uma ideia de corpo, investem em procedimentos da medicina genômica²³. Nos países do terceiro mundo, a genômica vai chegando como chegou grande parte da prática biomédica produzida nos grandes centros: parcial, cara, dependente de grandes centros, hospitalocêntrica, sem correspondência às necessidades mais básicas de saúde da população.

Assim, de modo desigual entre as nações do mundo, a genômica molecular busca, rompendo com a concepção clássica de “gene para” e descobrindo uma rede de polimorfismos genéticos, ganhar fôlego para essa demanda no que se denomina de responsabilidade genética do indivíduo para consigo mesmo e implementá-la como biopolítica relacionada ao biopoder neoliberal. Busca universalizar sua influência nos saberes do corpo e fazer do indivíduo um sujeito sempre pronto para se desenvolver como capital humano. 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” biossociabilizados. Assim, a possibilidade de que os pacientes possam, de certa forma, “decidir” acerca de sua saúde, dentro das concepções de risco e da elaboração 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, 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

²³ Ver <https://jornal.usp.br/radio-usp/radioagencia-usp/medicina-genomica-vai-impactar-decisoes-em-saude/>; <https://medicinas.com.br/dasa-universidades/>

medicamentosos: a questão do corpo transformando-se em uma *commoditie* (GADELHA, 2015). Em outras palavras, Pimentel (2008) argumenta que estamos

ingressos na era da suscetibilidade genética, onde a visão molecular começa a criar embaraços consideráveis à definição de saúde como silêncio dos órgãos (...) [e] como as intervenções em escala molecular pretendem se dar na ausência de sintomas, (...) [em um] corpo silencioso pelo menos em termos probabilísticos, adoecido (...) [e] é dessa visibilidade da doença (...) [que] a medicina apoiada na biologia molecular, [se caracteriza como] uma remoção da clínica" (PIMENTEL, 2008, p. 11-12).

No entanto, a molecularização do corpo, mesmo que respondendo a demandas de individualidades somáticas, faz cada vez mais desaparecer o sujeito em sua forma existencial de sofrimento: o sujeito se transforma em seu genoma. Na contemporaneidade, a compreensão do corpo atinge a anatomização molecularizada e a genômica manipulável. Somos, a partir de verdades biomédicas sobre o corpo, “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).

Nesse contexto, Basques (2007) cita Rabinow (1999, p13) afirmando que tem ocorrido “uma biologização da identidade que não se assemelha às outras categorias preexistentes (como raça, gênero) no que compreendemos como manipulável e passível de aperfeiçoamento” (p. 2). Inserem-se nessa perspectiva as técnicas de biossociabilidade associadas ao risco preemptivo.

Ortega (2003) cunha o termo bioascese para procurar identificar tal prática 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. Classicamente, segundo Ortega,

as práticas ascéticas implicam em processos de subjetivação [e] as modernas ascetes corporais, as bioasceses, reproduzem no foco subjetivo as regras de biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção de identidades pessoais, das bioidentidades. Trata-se da formação de um sujeito que se auto controla, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a auto peritagem. O eu que se auto pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade” (ORTEGA, 2003, p. 64).

Tal modo de formação de identidades somáticas projeta para a exterioridade o modelo da construção e descrição de si. A preocupação permanente com o corpo, sua “beleza” ou “forma”, traduzidas em intensas malhações em academias de ginástica, performances

corporais, modelos ideais de corpo e comportamento dito saudável em regras higienistas, modelos ideais de sujeito e atitudes, o corpo bronzeado e malhado, nutrindo-se de alimentos modificados (light, sem açúcar, sem glúten) são a regra. Assim, no campo do adoecimento, “a ideologia da saúde e do corpo perfeito nos leva a contemplar as doenças que recorrem à 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” (ORTEGA, 2003, p. 66).

Dessa forma, se verifica uma corporificação dos sujeitos a partir de uma verdade externa e de um auto controle, que é social também e que se movimenta em espaços de restrição da liberdade. Há um “social como ideia da dissolução de um dos efeitos do olhar biológico (...); os referentes físicos substituem os referentes culturais” (ORTEGA, 2003, p. 66), reforçando a perspectiva da noção de corpos não singulares, naturalizados e essencializados em sua biologia. 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 biomedicina contemporânea tem buscado seguir vertentes de inclusão do sujeito e oferecer respostas a uma necessidade que se tornou cada vez mais imperativa após os movimentos sociais que reivindicavam identidades significativas e propositivas perante a sociedade, tais como relacionados à sexualidade, ao gênero, à raça, a discriminação sexual, na construção de grupos de biosociabilidade. Tal movimento especificamente veio se mostrar como uma tentativa de transformação ao tratamento impessoal, no qual o sujeito não seria mais visto como um de muitos (um número de leito, por exemplo) ou nomeado com o nome de uma patologia (asmático, diabético, cardiopata, etc.), característico do cuidado biomédico até os dias de hoje.

Todavia, ainda é central a produção de saberes e de tecnologias para o cuidado de populações, haja visto os programas de vacinação, a produção de medicamentos moleculares de ação psíquica no controle da ansiedade e da depressão, por exemplo, assim como a própria medicina genômica de intervenção mais capilar na vida do indivíduo. No caso da depressão, por exemplo, especifica-se que há necessidade de se inibir a recaptação da serotonina nas sinapses nervosas a fim de se produzir sensação de bem estar. Contudo, não interessa o sujeito e sua história existencial singular, mas sua reincorporação o mais breve possível à cadeia produtiva enquanto capital humano. Desse modo, a individualização molecular se articula ao nível populacional, pois a todos que são enquadrados com o diagnóstico de depressivo estaria igualmente indicada a medicação inibidora da recaptação de serotonina.

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, há, também, múltiplos estudos procurando “causas” de enfermidades do tipo cardiovasculares, cancerígenas ou para o Alzheimer, por exemplo, dentro de um contexto não só de risco preemptivo mas também de buscar configurar um corpo mais “perfeito”, em detrimento dos que não possuem condições de se utilizar dessa tecnologia. Nesse sentido, 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” (*ibid.*, p. 93). Desse modo, a diversidade como condição de robustez de uma espécie viva transforma-se em homogeneidade empobrecida. Além disso, os autores colocam que “a gestão tecnocrática das diferenças”, a esse enfoque objetivo das enfermidades (...) deixa de lado sua dimensão subjetiva” (*ibid.*, p. 93).

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 opositores; 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. Tamanha a penetração inconsciente da sociedade de desempenho que “o sujeito (...) encontra-se em guerra consigo mesmo” (HAN, 2017, p.29). 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, coloca-os 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).

As técnicas da medicina molecular imbricadas ao biopoder contemporâneo não se restringem ao corpo biomédico e sua suscetibilidade: incluem nossa experiência psíquico-cerebral do mundo, nossa progressiva incapacidade de ser afetado pelo sofrimento e compreendê-lo de uma perspectiva existencial. O uso de medicamentos de ação neuronal, ao interferir nos modos existenciais do sujeito, moldando-o a participar ativamente na “normalidade social”, não deixa de se apresentar como aspecto de violência. Para Han (2017) 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” (p. 16-17, grifo do autor). Para o filósofo coreano, o padrão de violência neuronal na sociedade, que abusa dos medicamentos psíquicos com fins de estar sempre disposto para a ação no sistema produtivo, é sistêmico, saturante e exaustivo, “uma violência imanente ao sistema” (p. 20). 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” como instrumento de biopoder na biomedicina molecularizada. Tal é a condição do sujeito contemporâneo sujeitado aos efeitos da visão de corpo biomédica que o conduz através de

verdades que não são suas, produzidas pela expertise de especialistas. Geram subjetividades que acreditam estar possuídas de vontade própria, mas decorrem de saberes e de relações de saber/poder que incidem sobre o corpo, que o despersonalizam e omitem sua singularidade. Na ilusão de liberdade e compartilhamento, aprofunda a disciplina dos corpos em seu controle biomolecular que alcança seu comportamento e emoções, confunde as práticas de liberdade sob o manto da técnica genômica e aponta para sua diretriz de aprimorar o fazer viver.

Segundo Byung-Chul Han (2019) o "poder é o 'poder de um ser humano sobre outro ser humano'" (p. 37), que pode ser ele mesmo. Poder não é mera violência, é produtor de sentido, "inscreve um horizonte de compreensão (...) [sentidos] que se ligam em uma construção, uma relação, uma *continuidade das relações entre si*" (HAN, 2019, p.51). A medicina genômica atua através de relações de saber/poder não só do especialista sobre o sujeito, mas do sujeito sobre si mesmo. Os efeitos decorrentes do biopoder são incorporados em nossa subjetividade no dia a dia, emergindo em nosso viver interpessoal como que automatizados, ou seja, como pressupostos de uma objetividade independente. Han (2019, p. 37) afirma que essa "prefiguração pode ocorrer até mesmo de maneira *pré-consciente*" enquanto uma atividade que "se venda como algo cotidiano, trivial (...) ou seja tende a trabalhar com normas ou normalidades" (*ibid*, p. 75). O objetivo dessa discussão é 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.

Credito à medicina genômica o redirecionamento do biopoder contemporâneo, desde um "fazer viver", para uma qualificação mais específica de um fazer "viver longo e perfeito", cujas mazelas existenciais potencialmente serão predizíveis e medicalizáveis. Para que isso aconteça, a genômica produz múltiplos saberes sobre o corpo molecular desde a descoberta da estrutura do código genético humano. Como já vimos, a noção do "gene para" como determinismo redutor da genética nas manifestações fenotípicas, à semelhança de um "modelo informacional de DNA como o 'livro da vida' ou o 'código dos códigos'" (ROSE, 2013, p. 76), foi substituída pela noção de características herdáveis, algumas adquiridas, relacionadas a influências ambientais, e outras decorrentes de redes moleculares do genoma envolvendo a modificação das ações do DNA devido às redes de produção de proteínas. O

"foco passou do gene para processos de regulação, expressão e transcrição do gene para aquelas pequenas variações no nível de um único nucleotídeo, denominados de Polimorfismos de Nucleotídeo Único" (*ibid.*, p. 75). Seriam, então, tais polimorfismos em seus processos de produção proteica, genes que regulam genes que produzem proteínas que perturbam genes para a produção de proteínas, em uma rede funcional detectável e mapeável que produziriam manifestações corporais molecularizadas.

Todavia, a visão de Keller (2002) sobre o papel da genômica e suas relações com o meio traz outros aspectos a serem pensados. Ela argumenta "que a função não pode ser precisamente mapeada na estrutura" (KELLER, 2002, p. 83) da rede genética e chama a atenção para as dificuldades epistemológicas da redução molecular dos processos corporais. Além disso, discorre que a função da rede genômica "é muitas vezes tanto transitória como contingente, dependendo criticamente da dinâmica funcional do organismo inteiro" (*ibid.*, p. 83), ou seja, dos próprios movimentos existenciais do corpo com relação ao meio. A "estabilidade é o produto de um processo dinâmico (...) e auto-regulatório (...) organizados em uma totalidade" (*ibid.*, p. 83-84), cujas propriedades emergem não dos componentes ou da rede em si, mas de processos de interação contínua, como, por exemplo, os movimentos existenciais do viver. Keller conclui que essa "nova compreensão da complexidade dinâmica do desenvolvimento [genético] minou criticamente a adequação do conceito de genes como causa do desenvolvimento (...) e [de] significado biológico" (*ibid.*, p. 155).

O cenário de Keller comporta uma abertura epistemológica para a concepção de corpos constituídos em redes moleculares que não determinam, por si, eventos biológicos, com raras exceções (Síndrome de Down, Doença de Huntington, entre outras), mas que apontam para uma complexa relação auto organizativa, na qual as manifestações fenomênicas seriam mais relacionadas com conexões existenciais com o meio em que se vive. Para se viver se necessitaria de tais redes moleculares, mas elas não determinam como é a forma de nossa vida. Segundo a autora, estaríamos longe de ser um simples corpo biológico e molecularizado.

Nessa perspectiva ganha importância a discussão sobre epigenética. De acordo com Lipton (2007, p. 84) a "história do controle epigenético é a história de como os sinais ambientais controlam a atividade dos genes". Segundo Lipton (2007) a metilação do meio proteico da cromatina, suscetível a variações ambientais, tais como alimentação e modo de vida, tem capacidade de modificar as expressões gênicas, neutralizando e estimulando zonas

do genoma, de modo tão importante quanto o gene propriamente dito. "Nos últimos anos, a biologia molecular mostrou que o genoma é mais amplo e suscetível ao ambiente do que se imaginava. Mostrou também que as informações podem ser transmitidas aos descendentes de várias maneiras, não apenas por meio da sequência básica do DNA" (LIPTON, 2007, p. 88), proporcionando contribuições importantes no sentido de um corpo coconstituído junto ao meio existencial, do qual emerge a configuração da corporeidade do sujeito.

Freitas-Silva e Ortega (2014, p. 778) colocam que a epigenética e a reorganização das hipóteses etiológicas para doenças “surgem no contexto de decepção com o projeto de determinação biológica dos fenômenos mentais”, quando da discussão sobre a pesquisa de determinantes genéticos para a esquizofrenia. Partem, assim, para outro olhar que leva à investigação de interação gene e ambiente, considerando o ambiente celular (nuclear e citoplasmático), como ambiente propriamente dito. Tratam-se de interações múltiplas e heterogêneas cujas variáveis não são independentes entre si e determinísticas de causa e efeito, mas de um conjunto experimental do corpo com o meio, inclusive suas relações existenciais.

Contudo, sigo argumentando que, apesar desta discussão da importância do meio e das redes auto produtivas no campo genômico, o corpo, sob a ótica biomédica, segue sendo objeto de observação e investigação a partir de saberes especializados cada vez mais detalhados e interiorizados em sua estrutura molecular. Intensifica-se o exame do corpo como estrutura mapeável e manipulável e o efeito disciplinar utiliza-se ainda mais através do controle molecular mantendo os sujeitos alheios as suas experiências corporais existenciais.

Seguindo a discussão de um corpo coconstituído, para Meglhioratti *et al* (2017)

o organismo não herda todas as características ou traços fenotípicos prontos ou codificados em uma molécula do DNA. Os traços ou características que um organismo exhibe são construídos e/ou reconstruídos ao longo do desenvolvimento orgânico pela interação de uma multiplicidade de fatores (MEGLHIORATTI *et al*, 2017, p. 237).

Segundo os autores, “as ações do organismo sempre interferem no ambiente que será herdado pelas próximas gerações” (*ibid.*, 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. Desse modo sistêmico coconstitutivo com o meio, o organismo pode ser concebido como “unidade autônoma e com capacidade de agência, uma vez que funciona como um sistema integrado que modifica seu entorno e cujas ações podem interferir no seu próprio desenvolvimento” (*ibid.*, p. 238).

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, 1997). De fato, a importância da percepção desse 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 essa 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. Trata-se de um saber subjogado, dos sujeitos que falam saberes não legitimados pela ciência, que não participam da rede de saberes

hegemônicos e se originam na experiência da vida e do adoecer. A riqueza dessa experiência vital é, assim, explorada e alicerçada naquilo que é, talvez, a mais humana manifestação: a capacidade de falar de si, trocar impressões de si, compartilhar seu sofrimento para sua melhora, compartilhar emoções, expressar toda sua mímica corporal também como linguagem de si.

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. Proponho refletir sobre um tipo de poder exercido sobre si que produza um saber existencial, identificado com a verdade do sujeito que se molda a partir de sua atividade no mundo, imerso em uma multiplicidades de papéis em que se produzem relações de poder, verdades construídas num saber que "não domina *sobre* o contexto da vida cotidiana (...) ao contrário, *a partir dela* (...) seu caráter imanente (...) ao determinar o si mesmo, ao descrever o entendimento cotidiano que ele atua" (HAN, 2019, p. 89, grifos nossos) e produz. Um poder/saber que não advenha da expertise, mas da experiência, das práticas da vida existencial que emergem como "um fenômeno da interioridade e da subjetividade (...) [no qual] ninguém possui propriamente o poder, ele ocorre entre os homens quando agem juntos" (*ibid.*, p. 149). 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 obsedantes, como modo de ressignificação de sua existência, voltada à produção de seu viver.

5 O CORPO EXISTENCIAL DE INTENSIDADES²⁴

Introduzo as discussões acima para poder pensar a afirmação de um corpo existencial enquanto um sistema dinâmico, manifestado por intensidades e imbricado ao meio. Por corpo existencial entendo uma organização corporal dinâmica, em contínua troca com o ambiente,

²⁴ Este segmento compôs parte do artigo *O poder sobre a vida: os corpos regidos pela prática biomédica versus corpos de intensidades* (AZAMBUJA, 2023)

que produz a si mesmo ao mesmo tempo que gera o meio em que vive. Nesse cenário, ambiente e corpo irão se constituir mutuamente, gerando suas organizações que se modificam e se acoplam devido à intervenção do ser vivo, conservando, assim, seu viver. Com a discussão que empreendo a seguir, pretendo trazer elementos para ir construindo e desenvolvendo o conceito de corpo existencial.

A plasticidade estrutural do corpo, que se modifica ao se conservar em sua historicidade, está imbricada à ação do sujeito no mundo, no devir produzido em sua inserção e produção de um nicho existencial. Este, por sua vez, perturba a corporeidade no processo de se individuar como corpo. Neste capítulo trago um pensamento, estruturado em epistemologias científicas não lineares - de múltiplos sentidos contendo um conjunto de possibilidades e podendo desencadear diversificados finais – para além das formas explicativas lineares de causa-e-efeito. Discuto algumas perspectivas que visam a observação de processos dinâmicos não redutíveis que se constituem a partir dos fluxos de bilhões de moléculas. Entendo os processos das redes moleculares na configuração e constituição corporal, as atividades de produção de nichos existenciais que permitem a conservação da vida, como aspectos de uma operação que produz corporeidades que dependem de sua historicidade e atividade no mundo. Não há estrutura inata nesse movimento, há estruturas que se fazem e se desfazem, ao mesmo tempo que mantém sua coerência operacional, sustentando sua existência.

Irei definir “meio” ou “ambiente”, não como residência de algo vivo, mas enquanto um nicho existencial que se produz incessantemente. Não considero o meio enquanto um ambiente inerte ou independente em relação à vida que abriga. Um meio que se estuda como algo separado dos movimentos existenciais das mais simples formas de vida. Ao contrário, o “meio” é um nicho produzido a partir de uma deriva existencial que permite a coexistência mútua e a coconstituição de suas estruturas, meio e organismo. Mesmo as estruturas genéticas estão inseridas nessa deriva existencial enquanto epifenômeno que se conserva no viver. O “meio” é tão plástico quanto a constituição da corporalidade. É reflexo de processos de sua própria historicidade e da história de intervenções dos corpos, que o moldam no seu viver (MATURANA & VARELA 1995, 1997, MATURANA 2001a, 2001b, 2001c, VARELA et al 2001, BOTELHO 2011 e MPODOZIS 2011)

Enquanto processos que se constituem, corpo e nicho moldam mutuamente suas estruturas em acoplamento dinâmico - de produção, morte e reprodução - processos nos quais interessam menos a estrutura propriamente dita do que seus fluxos e movimentos. Pois é nessa perspectiva que agrego ao conceito de corpo existencial a importância das intensidades da experiência corpórea.

Considero intensidades, no caso de seres humanos, como todas as atividades e ações produzidas no mundo, que constituem um devir imensurável, mas sentido e percebido, portanto passível de ser distinguido e falado. São processos mediados pela sensorialidade despertada na atitude do sujeito, consciente ou inconscientemente, em termos de sensações, percepções de si, percepções de experiências modalizadas pela historiografia de cada sujeito, singularizada nos movimentos vitais de relação com os outros, na geração de seu nicho existencial e relacional. Tratam-se de sensações que eminentemente são relatadas no dizer de si, de como sente e percebe sua atividade no mundo, seja decorrente de um singelo desejo de água gelada ou em temperatura ambiente, ou seja decorrente de uma miríade de sentimentos relacionados a qualquer tipo de mal estar ou enfermidade experimentada pelo sujeito: não há limite para a amplitude, singularidade e heterogeneidade das intensidades (DELEUZE & GUATTARI, 2012, 2017a, 2017b).

Intensidade, como entendo nesta pesquisa, guarda íntima relação com o peculiar falar do sujeito. Aponta para a necessidade de elaboração de uma tecnologia e de um saber médico que se alicerce na força constitucional da palavra vivida, sentida, percebida em suas nuances de intensidade, um corpo mediado pela vitalidade da linguagem proferida por quem viveu a experiência. Esse é o sentido de intensidades: fluxos, experiências, recortes que se tornam novos fluxos, sensações, sentimentos, história, enfim, um percurso existencial que não se mede com instrumentos, mas com relações entre humanos e pelo linguajar singular do sujeito. Singular porque, no caso de enfermidades, a experiência de uma enxaqueca, a depender das intensidades percebidas, pode trazer sensações de aperto como faixa, como capacete, como pressão de fora para dentro ou como explosiva, de pressão para fora, latejante e, no contexto único de como o sujeito a expressa em seu linguajar, pode representar a experiência intensiva de seu sofrer. Produzir uma tecnologia médica que possa se instrumentalizar dessas intensidades é, em meu ponto de vista, um resgate de uma relação mais ética do sujeito consigo mesmo, pois mediada pela verdade que se produz ao viver, além de ética do sujeito

com seu médico (e vice-e-versa), pois representativa de uma verdade que possa ressignificar o sujeito perante seu devir, em comunhão com os outros, nas relações geradas pelo seu viver.

Trago, como contribuição para tal entendimento, instrumentos de análise que irão procurar sustentar essa perspectiva: primeiro, uma produção científica que olhe para processos, que produza saberes científicos sobre a matéria e sobre o vivo que se oriente por produção de fluxos constitutivos que se transformam ao mesmo tempo que se conservam. De início, me movimento nos estudos químicos de Prigogine (1996) acerca de processos dinâmicos que se auto organizam a partir de uma fonte de energia do meio e por causa dela. A seguir, complemento com argumentos de Von Foerster (2006) no que tange aos processos cibernéticos de auto organização. Humberto Maturana (2001a, 2001b, 2001c) e Maturana e Varela (1995, 1997) irão trazer a produção de um corpo biológico que produz os elementos que os produzem quando acoplados a um nicho existencial relacionado à constituição dos corpos. A ideia será complementada com outros autores como Botelho (2011) e Mpdozis (2011) quando apontam as relações de produção dos nichos existenciais na intersecção de produção de corpos. A seguir, discuto alguns exemplos da imunologia e dos vírus com Nelson Vaz e Pordeus (2005), Acrani (2012) e Margulis & Sagan (2002). Na sequência trago um debate sobre o processo de morrer. Encerro utilizando uma produção filosófica, pois todo saber se alicerça em um modo de se ver o mundo, a modo de sustentar uma episteme - científica, cultural e existencial – que seja dinâmica, desconstrutiva de um corpo funcionando a partir de sua organização de órgãos, nos processos de individuação de Simondon (2020) e a produção de um Corpo sem Órgãos (CsO) de Deleuze e Guattari (2012).

5.1 Como usar a produção científica contemporânea para se pensar a possibilidade de um corpo de processos que se produz?

Há campos da produção científica contemporânea que vêm se distinguindo como saberes relacionados ao estudo de fluxos e processos, comportando grupos de bilhões de moléculas, e que apresentam comportamentos singulares, diferentes do ponto de vista de causa-e-efeito que, de um modo geral, caracterizam a produção científica de cunho linear. Penso que tais saberes vêm se formando numa esteira que se possa reconfigurar a produção científica no sentido de processos. É nesse sentido que se pode construir outra visão de corpo. Saliento ainda que, como todo saber, tais produções são embasadas em produções filosóficas e sem elas não há como se gerar uma coesão conceitual.

5.1.1 Estruturas Dissipativas

Começaremos com uma visão sobre a matéria e os processos de constituição de suas relações dinâmicas entre bilhões de moléculas que fazem parte característica da configuração do mundo, uma vez que nada está isolado. O mundo é uma experiência e, se assim considerado como um laboratório, trata-se um laboratório vivo e não sede de experimentos controlados. Prigogine (1996, 2000) prêmio Nobel de química em 1977, coloca que o final do século XX viu florescer um tipo de produção científica que se preocupava em gerar modos explicativos para os processos de não-equilíbrio. São processos que se produzem afastados do equilíbrio termodinâmico, que dissipam e trocam energia com o meio, constituindo sua estrutura no próprio movimento dinâmico que produzem. Trata-se de uma noção de instabilidade dinâmica associada à de “caos” (PRIGOGINE, 1996, 2000), reconsiderando a noção de 'caos entrópico'²⁵ para “caos organizado” em processos de não equilíbrio termodinâmico²⁶, evidenciando uma coerência instável, dinâmica e robusta dos fluxos de corpos que possuem bilhões e bilhões de moléculas que se relacionam permanentemente, como por exemplo na formação de turbilhões, oscilações químicas, processos químicos e físicos ou da radiação laser.

São fenômenos organizados que podem ser relacionados à estruturação de fluxos autônomos e independentes, condições necessárias à vida. No ponto de vista de Prigogine (1996, p. 14), o “caos organizado” ou a introdução de processos de instabilidade nas pesquisas científicas “nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana como expressão singular de um traço fundamental comum a todos os níveis da natureza”.

Os sistemas dinâmicos instáveis não são lineares e se apresentam como processos de flutuação e auto organização a partir de suas relações energéticas com o meio, decorrente da irreversibilidade do sentido do tempo. São movimentos da matéria que estão ao nível da existência macroscópica das coisas, nas áreas das baixas energias, tal como os processos vitais emergem. Pertencem aos domínios “da física macroscópica, da química e da biologia. É

²⁵ Grandeza termodinâmica que mede o grau de desordem e aleatoriedade de um sistema que tende ao equilíbrio (PRIGOGINE 1996, 2000)

²⁶ Processos de organização da matéria baseada na troca e assimilação de energia a partir do meio, por isso, afastados do equilíbrio entrópico e, portanto, em instabilidade organizada permanente (PRIGOGINE 1996, 2000).

exatamente aí que se atam os laços que unem a existência humana à natureza.” (PRIGOGINE, 1996, p. 14).

Ele argumenta que tais processos, mesmo que moleculares relacionados às leis da termodinâmica, ocorrem em fluxos reais, inseridos no mundo concreto em que se vive, nos quais o efeito do tempo cumpre papel de irreversibilidade. A direção do tempo exerce função essencial na quebra da simetria entrópica - entre passado, presente e futuro - como fonte de ordem dos sistemas dinâmicos. São relações de sistemas materiais que se auto organizam associados ao meio de onde surgem, alimentados por uma fonte de energia que os sustentam, estabelecendo “um processo gerador de ordem” (PRIGOGINE, 1996, p. 29). Formam novas e diferentes formas de coerência nas relações de bilhões de moléculas entre si, como turbilhões ou reações químicas que se mantêm ao longo de interações contínuas no correr do tempo. O químico belga denomina tais processos de Estruturas Dissipativas. Para Prigogine (1996), o significado geral das estruturas dissipativas como processos físicos que se auto organizam em relação ao meio está em que “a vida só é possível num universo longe do equilíbrio” (p. 30).

Ele argumenta que tal instabilidade, longe de ser uma dificuldade aos sistemas, é, ao contrário, fonte de sua robustez, uma vez que suas dinâmicas são plásticas e de transformação. Esta ocorre a partir de pontos de bifurcação evolutivos, nos quais a estrutura se altera em suas interações, desde que em relação com um ambiente que lhe forneça energia suficiente para estados de relações moleculares de maior complexidade que o anterior. Ou seja, se algo em sua dinâmica é perturbado ou se rompe, duas são as possibilidades: ou o sistema desaparece ou ele se transforma em uma nova coerência dinâmica, a partir de sua história de interações prévias. São os pontos de bifurcação na evolução de sistemas dinâmicos dissipativos. Tal alteração depende da sensibilidade do sistema às condições iniciais (ou históricas) do sistema em questão. Nesse âmbito, a matéria deixa de ser um objeto passivo no estudo e passa a exibir comportamentos, cuja autonomia está em relação à sua própria dinâmica.

Prigogine (1996, p. 68) argumenta que “longe do equilíbrio [entrópico], a matéria adquire novas propriedades em que as flutuações, as instabilidades desempenham um papel essencial: a matéria se torna mais *ativa*”. Em outras palavras,

sistemas auto organizadores permitem a adaptação às circunstâncias ambientais (...) reagem à modificações no ambiente graças a uma resposta termodinâmica que os torna extremamente flexíveis e robustos em relação às perturbações externas (...) ilustrada pelos sistemas biológicos, em que produtos complexos são formados com

uma precisão, uma eficiência, uma velocidade sem iguais (BIEBRACHER, NICOLIS, SCHUSTER, 1995, *apud* PRIGOGINE, 1996, p. 75).

São sistemas de instabilidade dinâmica que se diferenciam do meio do qual surgem enquanto estruturas que se conservam a partir de seus fluxos de interação. Configuram-se como estruturas químicas peculiares e singulares, caracterizadas por flutuações e instabilidades, configuradas por suas relações internas de bilhões de moléculas envolvidas na organização do sistema, evoluindo através do próprio fluxo e da troca de energia com o meio de onde emerge. Suas existências dependeriam das relações externas com o meio, de onde incorporam aportes de energia, e das relações internas que mantém entre bilhões de moléculas com elas mesmas em formação de padrões e redes de comportamento molecular. Refere o químico que se trataria de

uma nova racionalidade (...) uma ciência que não mais se limita a situações simplificadas, idealizadas, mas nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana como expressão singular de um traço fundamental comum a todos os níveis da natureza" (PRIGOGINE, 1996, p. 14).

Esse entendimento do comportamento da matéria aponta para um olhar que a caracteriza como um movimento de constante troca e reconstrução a partir de si e do meio de onde emerge. Sugere também que o estudo da coisa material necessita uma abordagem não linear, no sentido de que a compreensão do fenômeno emerja na compreensão de sua totalidade manifesta e não somente em seus recortes analíticos lineares de causa e efeito. Prigogine (2000) coloca que somente em tal compreensão dinâmica de estruturas que se auto organizam em uma direção do tempo, somente em processos de instabilidade que se conservam a partir da conservação dos fluxos que as produzem, que em tal coerência operacional devida ao não-equilíbrio entrópico, haveria “possibilidade de falarmos de estruturas biológicas” (*ibid*, p. 80) como totalidades existenciais concretas e que se assim não fosse, estaríamos falando de “um universo que o homem estaria excluído” (*ibid*, p.80). Penso que os processos auto organizativos da matéria “não-viva” oferecem as condições materiais para os processos vitais.

Outros pesquisadores também produzem reflexões e pesquisam sobre a auto organização do comportamento da matéria como eventos observáveis do mundo. Von Foerster (2006) acrescenta alguns critérios epistemológicos para a distinção de tais sistemas auto organizadores. São circunstâncias nas quais "o sistema esteja em estreito contato com um ambiente que *possua ordem e energia disponíveis (...)* em estado de interação permanente, de

modo que possa... 'viver' às expensas deste ambiente" (*ibid*, p. 41), enfatizando a importância de constituição mútua do sistema auto organizado junto ao meio para a existência real do sistema. Muito mais do que a energia disponível no ambiente, trata-se da "utilização que faz da ordem ambiental" (*ibid*, p. 42). Observe-se que Von Foerster (2006) reforça a íntima implicação mútua constitutiva entre meio e sistema auto organizado. Não há sentido em se falar de sistema auto organizador isolado, como se fosse capaz de realizar-se sem relações com o meio de onde surge e se diferencia. A importância desse modo explicativo é que, nele, não se descreve um sistema auto organizador por si próprio, inato, mas sempre em relação com o meio do qual se distingue. Em outras palavras, para o físico e ciberneticista, há uma relação plástica mutuamente geradora entre sistema auto-organizado e meio, cuja epistemologia força repensar os limites do que é "interno" ou "externo". Segundo Von Foerster (2006) não poderia haver sistema auto-organizado em si, senão um sistema que se constitui na configuração de padrões das relações produtivas de si quando de encontro ao meio.

5.1.2 Sistemas auto organizados, estruturas vivas e o meio ambiente: discussão inicial

A realização de um sistema auto organizado ocorre na interação sistêmica de um conjunto de múltiplos componentes que fazem parte dos corpos físicos nas relações que produzem com o meio em que vivem, no percorrer de sua realização ao interagir com o mundo. Incluo nesse campo os corpos biológicos. O meio se configura como parte integrante da constituição dos corpos auto organizados: um meio que seja coparticipante dos sistemas vivos. Segundo Mpodosis (2011), os seres vivos, como seres auto organizados, tem como condição de sua existência a realização de sua corporeidade como uma totalidade existencial que interage com um ambiente. Não um ambiente inerte e independente, um ambiente que seja moradia de objetos e coisas ou tampouco um corpo que seja composto de estrutura e qualidades inatas, mas um ambiente (ou meio) que é produto e produtor de sistemas viventes ao mesmo tempo em que o ser vivo, que dele emerge como sistema auto organizado, se apresenta como deriva existencial em contínua reconstrução e conservação de seu ciclo de vida.

“Os seres vivos são fluxos cuja identidade vem da relação entre os componentes que o formam (...) a relação com o mundo é a referência para sua existência” (MPODOZIS, 2011, p. 34) e sua totalidade existencial emerge na medida de sua correspondência estrutural com o

mundo. Ou ainda, em outras palavras, a “conservação da relação de correspondência com o mundo é condição de existência desse sistema como totalidade e a existência desse sistema como totalidade é condição de existência para os componentes orgânicos” (MPODOZIS, 2011, p. 35), de tal modo que a transformação das relações estruturais que ocorrem na relação do ser vivo com o mundo conservam-se em um processo histórico de correspondências, sem o qual a vida desaparece ou fenece. Assim, “a conservação dessa relação organismo/mundo é uma condição para a existência para o organismo (...). Essa relação organismo/mundo não depende, no entanto, do mundo [objetivo], mas sim do ser vivo em seu encontro com o mundo” (MPODOZIS, 2011, p. 39).

Nesse sentido, meio é a constituição de um nicho existencial que produz e permite a emergência da vida organizada, numa deriva de interrelações que se constituem e se transformam mutuamente na conservação e correspondência estrutural de ambos, ser vivo e ambiente. A cada interação, o ser vivo muda e, por sua vez, muda o nicho em que vive, em uma correspondência que permite o viver. “Isso é um processo ativo, uma dinâmica que ocorre com a participação do [ser vivo] em seu próprio desenvolvimento” (MPODOZIS, 2011, p. 91) e que se conserva geracionalmente pela epigênese. “O ciclo de vida de um organismo é reconstruído a cada geração através de cointerações entre organismo e o ambiente” (BOTELHO, 2011, p. 76). Mpodozis (2011) argumenta a favor de uma “deriva” existencial, para se opor ao conceito de evolução, que se apresenta desde as formas embrionárias até nossa fase adulta como modo de um existir biológico. Não se trata de um aprimoramento a partir de uma biologia que evolui a partir de sua estrutura inata, mas de uma deriva coparticipativa do ser vivo com o mundo que ele mesmo produz e o perturba no seu viver.

Configura-se, então, um fenômeno vivo que acontece sem outro fim a não ser ter que resolver suas crises/bifurcações internas no sentido de conservar sua condição de sistema que se auto produz, a cada momento que se relaciona com o meio. Mpodozis (2001) traz o exemplo da evolução do embrião que “não segue uma direção predeterminada (...) o curso se constrói momento a momento como consequência (...) das interações entre o sistema e o mundo em que está se realizando neste momento” (*ibid*, p. 54), considerando “mundo” o meio em que o embrião se desenvolve e produz sua corporeidade. A genética proporciona a estrutura, mas o fenômeno existencial, a relação da estrutura com o meio, não se reduz às

determinações de seus códigos. A transformação do embrião, que depende das dinâmicas topológicas celulares, “requer a mistura de tipos de moléculas que vão ser carregadas no momento do desenvolvimento embrionário, (...) quer dizer, o embrião trabalha ativamente na determinação da polaridade de seu próprio desenvolvimento” (MPODOZIS, 2011, p.55): faz-se a si mesmo. Não é passivo à estrutura molecular que o determina, mas ativo em moldá-la conforme os momentos que vive ao se relacionar com os tipos de meio em que se encontra. Isso representa que não há um plano teleológico inato a ser seguido biologicamente, senão uma produção ativa de si enquanto vive. Para cada devir histórico corpo/meio, mesmo que ocorra com um mesmo organismo ou com organismos diferentes, se as relações são outras ou se transformam, mesmo que seja a cada instante em que se vive, as histórias de constituição e ação corporal serão diferentes e correspondentes ao devir histórico que se viveu. Outro exemplo é o caso da musculatura do corpo e o movimento: não é o músculo, como objeto inato e objetivo de nossas pernas, que caminha. Ele, na função dele, apenas se encurta ou se alonga. O caminhar se dá no encontro do ser vivo com a superfície do mundo. Mopodozis (2011, p. 40) se pergunta: “Onde está o caminhar? Não está nos neurônios, não está nos músculos, não está sequer no movimento em si: está no encontro do animal com o mundo”.

Em perspectiva semelhante, Hoffmann (2000), outro Nobel de química, em 1981, pondera acerca da futilidade do reducionismo científico em relação ao evento psíquico, ao que é “cerebral”, ao comentar sobre a leitura de um poema:

Conhecer a sequência de disparos de neurônios de quando o poeta escreveu determinado verso, ou em nossa mente quando o lemos (...), conhecer a fantástica e bela complexidade das ações bioquímicas que estão por detrás do disparo dos neurônios e a química e a física por trás dela, tal conhecimento é incrível e desejável, tal saber pode proporcionar muitos prêmios Nobel (...), mas nada tem a ver com entender o poema no sentido de que você e eu entendemos um poema, dirigimos um carro ou vivemos neste terrível e maravilhoso mundo (...) o entendimento do poema deve ser procurado no nível da linguagem em que foi escrito e a psicologia envolvida na escrita e na leitura dele (HOFFMANN, 2000, p. 39).

O mesmo se poderia dizer acerca do corpo: é possível conhecer seus componentes e mecanismos, desejável até, mas é a experiência vital, relacionada e coconstituída no meio em que vive, sentindo o encontro com o mundo através de sua sensorialidade, que explicita o modo como o sujeito percebe a si e fala de si enquanto prática de vida. “Pensar é um fazer, é uma conduta. Não é um processo do sistema nervoso” (MPODOZIS, 2011, p. 41).

5.1.3 Sobre a auto organização do vivo

Von Foerster (2006), argumenta que o meio ambiente e as coisas, e incluo nesse âmbito os corpos vivos, não são as experiências primárias da observação, senão produtos de relações de saberes entre seres vivos (humanos em particular) ao se movimentarem no mundo. Segundo o autor, “as propriedades que se crê que residem nas coisas, resultam ser aquelas do observador (...) [e] refletem algumas de nossas habilidades e incapacidades, e não da natureza” (VON FOERSTER, 2006, p. 118). O mundo e o sujeito corporificado se constituem mutuamente, inclusive sua consciência. Tal consideração chama a atenção para a necessidade de se pensar outra forma de olhar um organismo vivo no sentido da inclusão do observador, do sujeito vivente, na configuração de si e do mundo de onde emerge como ente vivo auto organizado e talvez gerar proposições para uma fundamentação científica que explique o processo biológico, cujo critério valide uma corporeidade processual, em permanente auto organização que se conserva dinamicamente e que se configura no mundo em que vive.

Há aqui uma diferença conceitual e experimental, e porque não dizer existencial, do processo do conhecer. A ciência objetiva se pauta pelas descrições de uma representação de uma realidade em si, como experiência primária da observação humana, separada dos domínios biológicos, inclusive na descrição dos próprios eventos biológicos, independente dos contextos culturais em que se enunciam, visando a objetividade intrínseca do real, à semelhança do que se produz em termos de inteligência artificial. Nesse modo explicativo, a cognição humana é decorrente de mecanismos representacionais de uma realidade independente. Todavia, Magro (2001b, In MATURANA, 2001b, p. 12) argumenta que essa perspectiva “das ciências cognitivas acabaram por expor fragilidades irreparáveis” a essa perspectiva, seja do ponto de vista da objetividade em si ou seja do conhecer enquanto propriedade inata dos seres humanos. Para ela, o final do século XX viveu uma "reorientação [que] apontou para a necessidade de se levar em conta a experiência dos seres humanos como seres históricos e contingentes que vivem na linguagem” (*ibid*, p.12) para se descrever a cognição e as descrições do mundo que vivemos, inclusive de nossos corpos. Uma perspectiva que conceitua a linguagem e a cognição, enquanto modos de se produzir enunciados sobre os fenômenos observados, “como atividades que observamos nos espaços de interações em que vivemos” (*ibid*, p. 13). As falas, os enunciados acerca do mundo, as “descobertas” sobre os corpos humanos são, todas, parte da experiência existencial humana, são moduladas pela

historicidade que cada ser humano produz suas observações e pela cultura em que estão inseridas, por mais “objetiva” que pareça ser.

Produzir um saber que discuta “o como sabemos” passa a ser essencial nessa perspectiva. Para Rabelo (2001c, *In* Maturana, 2001c), produzir uma biologia do conhecer

parece-me ser a grande novidade científica da atualidade, pois permite a ultrapassagem da premissa básica do pensamento ocidental, aquela que sempre opôs o biológico ao não-biológico ou social, ou cultural. Essa mesma premissa dualista que reaparece sob formas várias e com vários nomes - corpo x mente, espírito x matéria, natureza x história, indivíduo x sociedade” (RABELO, 2001c, *In* Maturana, 2001c, p. 7).

Além disso, Magro (2001b) coloca que o conhecer, nossa atividade cognitiva, ou seja, “todas as atividades que desenvolvemos nesse espaço de interações, modula o fluir de nossa dinâmica fisiológica” (p. 15), apontando a discussão que interessa nesta tese de que o corpo produz sua corporeidade no fluir de sua existência e que esta deveria ser estudada nos contextos vivenciais dos sujeitos.

Maturana (2001b) faz uma resenha de sua história:

eu, como biólogo, interessei-me pelo estudo do sistema nervoso e dos fenômenos da percepção, em particular. Isto é, interessei-me por como vemos, como é isso de captar objetos, distingui-los e manipulá-los. De fato, os estudos tradicionais nessa área consistem em estudar a relação entre um objeto e um observador, que pode ser uma pessoa ou um animal. Neste processo, talvez pela natureza de meus interesses, desde muito jovem me preparei no âmbito biológico mais amplo possível: interessaram-me a anatomia, a biologia, a genética, a antropologia, a cardiologia. Quer dizer, na minha curiosidade, eu me movi nesse âmbito amplamente. Também me interessei pela filosofia. Fiz ainda medicina por quatro anos, e mesmo sem ter terminado esses estudos eles tiveram como consequência o fato de meu interesse biológico fundamental ter permanecido no humano. Então é com essa história de interesses, associada ao fato de ter estudado medicina, que certas situações básicas experienciais e experimentais no estudo da percepção me permitiram mudar meu modo de ver (Maturana, 2001b, 19-20).

É no contexto de construir um modo explicativo para o conhecer que os biólogos chilenos Maturana e Varela (1997) criaram o conceito de Autopoiese, enquanto uma transformação do olhar sobre o objeto biológico e seu comportamento. Autopoiese designa a capacidade dos seres vivos de produzirem a si mesmos em uma rede molecular na qual as moléculas produzidas geram, com suas interações, a mesma rede de moléculas que as produziu. Tal rede molecular, segundo os autores, é não-mapeável e tem diversas implicações relacionadas à irreducibilidade dos fenômenos vivos aos componentes de sua estrutura física interna (os órgãos ou as moléculas em si). O conceito foi criado para se tentar um modo

explicativo para o vivo que não se restrinja a uma lista de qualidades ou mecanismos biológicos, mas que se mostre enquanto uma proposta que traduza uma forma de operar cognitivamente no mundo para as formas de vida conhecidas.

Maturana (MATURANA & VARELA, 1995 p. 22), em suas pesquisas realizadas em 1968, buscava “explicar como se constitui o espaço de distinção cromática, como fazemos distinções cromáticas”: “Naquelas circunstâncias, o que eu procurava fazer era medir com um eletrodo, colocado no nervo óptico de uma pomba, a atividade das células da retina frente a diversos objetos ou diferentes cores”. Com esse procedimento, ele procurava encontrar correspondências entre os espectros de comprimentos de onda visível e a cor percebida apresentada em uma tela ao animal com a intenção de mostrar como se fazem distinções cromáticas através da atividade celular da retina. Tal procedimento seria também válido para se conhecer como os humanos veem as cores e como funciona o seu aparato cognitivo. Todavia, os achados não correspondiam aos esforços empregados e

dei-me conta de que não era possível estabelecer uma relação unívoca entre tipos de células da retina e composições espectrais de longitudes de onda dos objetos. Perguntei-me se, não podendo correlacionar a atividade da retina com a composição espectral, talvez pudesse correlacionar a atividade da retina com o nome da cor” (*ibid*, p. 22).

De fato, muitas vezes a percepção enunciada de determinada cor não correspondia ao comprimento de onda especificado e cores diferentes poderiam ser relacionadas ao mesmo espectro de onda. Os efeitos visuais de “ilusão” de óptica, no qual, por exemplo, a cor verde pode ser visualizada na intersecção do sombreamento causado por luz branca e luz vermelha, onde não há qualquer espectro de comprimento de onda luminosa correspondente ao verde, mas se “enxerga” verde, ao invés de aceitar o evento como “uma ilusão”, lhe ocorreu proporcionar, então, outro modo explicativo: “dou o nome verde à situação experiencial na qual vejo verde” (*ibid*, p. 24).

A ênfase de sua pesquisa derivou para o elemento experiencial vivido e descrito pelo sujeito da cognição. O que era tratado como “ilusão” passou a ser considerado por Maturana como ato cognitivo vinculado a um domínio de condutas linguísticas: “vejo verde”. Tal perspectiva modificou o modo de percepção do problema. A cor não estaria relacionada especificamente ao comprimento de onda, mas pertinente a modificação da atividade da retina, por um lado, e, por outro, ao modo de como nos referimos à cor: “nós damos o mesmo nome para experiências cromáticas que, sob a análise da composição da luz, deveriam ser

distintas” (*ibid*, p. 22), ou seja, pode-se correlacionar a atividade da retina não com o comprimento de onda, mas com o nome que atribuímos à cor.

Na sua definição, as características cromáticas emergem como epifenômenos do encontro do ser vivo e sua sensorialidade com o mundo, constituindo-se mutuamente. Mais ainda, Maturana (MATURANA & VARELA, 1997) argumenta que o que se mostra é que o sistema nervoso funciona através de correlações internas não detectáveis, pois não há uma alteração definida que especifique a experiência cromática, mas somente por sua descrição. Em outras palavras, qualquer perturbação do mundo pode desencadear transformações na dinâmica estrutural do sistema vivo que se manifesta, pelo sistema vivo, através de suas atitudes que descreve do meio em que vive, sua experiência cognitiva. Nesse campo, a experiência cromática passou a ser estudada, por ele, enquanto atividade de uma rede molecular de correlações internas quando perturbada, derivada das relações do vivo com o meio, e que busca distinguir e expressar através das conduta, expressões e atos cognitivos de quem vê a cor, através do linguajar sobre a cor e não determinada a partir da objetividade do comprimento de onda. A partir dessa perspectiva, ele designou que o ser vivo opera para sua conservação existencial em dois domínios operacionais: o interno e o externo, o qual se distingue através da linguagem.

5.1.3.1 Domínios operacionais

Maturana (MATURANA & VARELA, 1997) especificou dois domínios como modo explicativo do fenômeno: o das correlações não-mapeáveis de fluxos moleculares internos que se modificam quando do estímulo do meio ambiente e o que faz parte das distinções do observador. No contexto explicativo autopoiético dos fluxos da rede molecular, os estímulos externos que alteram a sensorialidade não determinam por si só o tipo de resposta do organismo. Nem sempre o comprimento de onda especifica a cor percebida. Ou seja, o organismo não admite especificações advindas do meio. O ambiente simplesmente perturba o organismo e estimula sua constituição perceptiva. Noutro campo de domínios operacionais, que é visto, faz parte exclusiva da experiência do observador. Ou seja, ambos domínios, o operar interno e as distinções realizadas externas, estão relacionados. Entretanto, ambos emergem, não diretamente relacionados às “funções inatas” do órgão - o olho vê e sua retina registra - mas dependente das narrativas de um observador, que pode ser ele mesmo, enquanto

ação corporal cognitiva no mundo. Assim se evidencia o principal aforismo de Maturana e Varela (1995 p.70): “Tudo o que é dito, é dito por um observador”.

Segundo Maturana (1997), ao invés de falar dos fenômenos biológicos como manifestação das funções dos órgãos relacionados, “comecei a diferenciar entre o que eu dizia como observador, segundo como eu via em meu espaço de distinções, o ser vivo, do que eu dizia que acontecia em seu operar” (MATURANA & VARELA, 1997, p. 13). “Desejava mostrar como o ser vivo surgia da dinâmica relacional de seus componentes (...) [assim como] mostrar como o ser vivo surge como totalidade em um domínio diferente do operar de seus componentes” (*ibid*, p. 13-14). Por um lado, o ato cognitivo se vincula ao domínio das relações moleculares em permanente transformação auto sustentada em sua retina, pois estamos continuamente vendo e, por outro, o ser vivo que opera como um ser existencial único inserido e de encontro à realidade que o perturbou através de suas condutas linguísticas. Em outras palavras, o pesquisador chileno definiu as dinâmicas relacionais internas dos componentes como concatenação própria de processos que os organiza e sustenta como entidade viva e auto-referida, ao mesmo tempo em que sua conduta no mundo era definida enquanto distinções que o observador fazia (que podia ser dele mesmo).

Especificando melhor ainda, tratam-se de domínios de existência que ocorrem espontaneamente e se intersectam mutuamente, caracterizando o viver na proposta autopoiética. Maturana (1997) coloca que, por um lado, um

ser vivo ocorre e consiste na dinâmica de realização de uma rede de transformações e de produções moleculares, de maneira tal que todas as moléculas produzidas e transformadas no operar dessa rede, fazem parte dessa rede (...), dão origem aos limites e extensão da rede (...), contém seu próprio operar molecular (...) e configuram um fluxo de moléculas” (MATURANA & VARELA, 1997, p.15).

Por outro, ao realizar a si mesmo no seu operar de sua rede molecular, o organismo exhibe condutas e estas fazem parte exclusivamente do domínio observacional do sujeito: uma não se explica a partir da outra. Ambas se intersectam e são mutuamente gerativas na manifestação do vivo (MATURANA & VARELA 1995, 1997). O meio interno produz as redes moleculares cujos produtos produzem sua existência ao mesmo tempo em que, ao realizar sua rede molecular, o organismo exhibe condutas e estas estão nos domínios do observador (que pode ser ele mesmo). Uma não se reduz a outra, a rede molecular não especifica o que é distinguido na conduta.

5.1.3.2 Determinismo estrutural

Outra maneira de se referir ao fluxo molecular é que “o ser vivo não é um conjunto de moléculas, mas uma dinâmica molecular” (MATURANA, In MATURANA & VARELA 1997, p. 15) como resultado de seu operar no mundo. O ser vivo, segundo os autores, é um ente dinâmico que se realiza sem interrupção e todas as características do ser vivo ocorrem nessa rede molecular dinâmica de produção de si. Tal fenômeno sistêmico e dinâmico não se configura como uma novidade. A diferença é que, “ao não fazermos plenamente claro o caráter sistêmico dos fenômenos celulares, não falamos adequadamente dos seres vivos e geramos um discurso reducionista, enganador, como acontece com o determinismo genético” (MATURANA, In MATURANA & VARELA, 1997, p. 24). E, ao mesmo tempo que se realiza através de sua rede molecular, o que vemos como observadores faz parte dos domínios das linguagens que permitem, no caso de nós, humanos, a distinção e descrição de um mundo em que atuamos constantemente.

De tal maneira ocorre esse fluxo molecular de constituição de si, tamanha é a dinâmica de transformações na rede molecular, que “nem sempre podemos visualizar a estrutura de um sistema no momento em que queremos computar suas mudanças estruturais” (MATURANA, In MATURANA & VARELA, 1997, p. 26). A esse fenômeno de descrição do vivo, os autores denominaram de “determinismo estrutural”. O organismo, em seu operar molecular, o faz somente na conservação das produções dos elementos que o produzem. Nada há de teleológico. O movimento vital é espontâneo e contínuo, fechado operacionalmente em si na produção de si, mesmo que intimamente vinculado e aberto coconstitutivamente ao meio de onde obtém suas fontes de ordem e energia que o constituem.

Eles diferenciam o conceito operacional de determinismo estrutural do de pré-determinação. Um organismo não existe pré determinado, como seria em seu código genético. Ao contrário, ele ocorre em sua deriva existencial em constante transformação definida em suas relações moleculares de produção de si, no qual seu operar diz respeito a sua dinâmica de relações internas quando perturbada pelo meio que vive e produz ao viver. O “determinismo estrutural” se refere ao conjunto de relações de relações que se modificam no ser vivo, “como resultado de sua própria dinâmica estrutural molecular” (MATURANA, 2001a, p. 85). Determinismo estrutural refere-se ao processo de auto organização a partir da produção de estruturas que o produzem, auto referido, em permanente transformação, nada

inato ou pré determinado. É nesse sentido que um ser vivo em sua autopoiese molecular, quando sensorialmente perturbado, não admite interações instrutivas (MATURANA 2001a), pois sua dinâmica molecular é própria na produção e conservação de seus produtos que o produzem. Nada do meio determina especificamente e materialmente o que ocorre no interior do organismo, em que pese que ele só possa se constituir em acoplamento estrutural e histórico com o meio de onde surge e que possibilita sua autopoiese.

A atividade interna global do corpo seria especificada “pela rede de relação de produções [moleculares] (...) e estão, por conseguinte, numa troca contínua” (MATURANA & VARELA, 1997, p.72). Esse é o sentido do determinismo estrutural: a constante e ininterrupta transformação de si que se conserva na produção dos elementos que o produzem. São processos que produzem processos, concatenados e acoplados entre si, em complexa rede irreduzível não especificada pelos seus elementos constitucionais e/ou pelo meio em que vive. “O fato de podermos dividir [os sistemas] autopoieticos em partes não identifica a natureza do campo de interações determinadas por elas” (MATURANA & VARELA, 1997, p.75). Ou seja, na visão dos autores, mesmo que se possa distinguir ou reduzir o fenômeno corporal a mecanismos fisiológicos, a uma organização de órgãos ou molecular de um corpo, tais partes e elementos não definiriam o que acontece no operar do sistema vivo.

É o organismo, em suas relações da sua dinâmica molecular, que permite que tal ou qual evento externo tenha possibilidade de transformá-lo. Tal fenômeno contribui para o entendimento de que cada ser vivo reage de modo singular frente às perturbações do meio e que estas não determinam o modo de como o ser vivo irá reagir, como nas enfermidades, por exemplo. O meio desencadeia a mudança estrutural nas dinâmicas moleculares, mas não as define, ao mesmo tempo que a alteração orgânica não representa a totalidade do sofrimento de uma enfermidade. A definição cabe ao operar do ser vivo de acordo com suas relações moleculares singulares. “Os fisiologistas crêem que podem explicar a consciência [e incluso a enfermidade] partindo do domínio da fisiologia, e não se pode” (MATURANA, 2001b, p. 63). O recorte explicativo das enfermidades que as caracterizam como alterações dos órgãos ou das estruturas moleculares é determinístico e não corresponde ao determinismo estrutural enquanto rede fechada de relações. Maturana (1998) afirma:

a maior parte de nossos sofrimentos surgem de conversações recorrentes ou de entrecruzamentos de conversações que nos levam de maneira repetida a operar em domínios contraditórios de ações (...) [que] o sofrimento surge do viver recorrente em

espaços de ações contraditórios continuamente gerados no emocional de conversações recorrentes ou no entrecruzamento de conversações” (MATURANA, 1998, p. 90-91).

Ou em outras palavras de Maturana (2001b, p. 68), “a linguagem relaciona-se com as ações e com a transformação corporal” . Nesse sentido é que argumento que a experiência do corpo existencial de intensidades, o falar dele de como se sente e sofre, de como suas redes de conversação e vivências o trouxeram à situação de sofrimento físico entrelaçado com o emocional, é essencial para a produção de tecnologias do cuidado que remetem à ressignificação da enfermidade para o sujeito e não simplesmente um rearranjo medicamentoso de mecanismos dos órgãos. Nesta, tudo se reduz aos mecanismos biológicos; na outra, importa a observação de como o organismo se comporta em sua existência no mundo e em como ele distingue seu comportamento em seu linguajar. Existem tantos domínios de existência quanto seja possível gerar nos encontros dos sujeitos com o mundo. Não há uma única verdade, mas uma constante conversação acerca de congruências operacionais no mundo que se coadunam produzindo uma realidade. As estruturas de cada ser vivo se modificam a cada momento de modo contingente à sua ação no mundo e o curso da mudança estrutural do mundo acaba por interferir naquilo que pode ser observado pelo sujeito, em uma dança de congruência operacional que fica difícil dizer se, de fato, há uma única possibilidade de se visualizar uma objetividade em si. É nessa condição que se criam os espaços psíquicos e a produção de objetividades.

5.1.3.3 A objetividade entre parêntesis, o linguajar e os espaços psíquicos

O organismo se constitui por processos que se produzem e essa seria a finalidade primeira do vivo: conservar-se vivo através da auto produção dos elementos que produzem o processo de produzir a si. Os elementos produzidos decorrem de interações contínuas de bilhões de moléculas no organismo uni ou multicelular, e, ainda, que tais processos de produção de si ocorrem em um movimento existencial auto referido do sistema vivo, imersos numa contínua perturbação decorrente de sua atividade no meio, da permanente assimilação de energia desse meio e de suas compensações, adequando-se ao meio que o perturba, de acordo com sua experiência de existir até então.

Os corpos não só se autoproduzem nas redes de relações moleculares, mas, decorrente disso, exibem condutas observáveis ao viver em permanentes inter-relações com os outros corpos, orgânicos ou não, e assim se configuram em um traçado histórico e singular, peculiar

ao vivente, produzindo seu nicho existencial. Tais condutas normalmente são distinções realizadas por um observador que se movimenta na linguagem. Esse é o domínio das descrições, das narrativas que produzem realidades observáveis. Para Maturana e Varela (1995, 1997) as conotações que aludem à noção de função de órgãos (retina, cérebro, fígado, intestinos) é estabelecida pelo observador que produz enunciados sobre o corpo, um saber construído e que se move no linguajar, portanto condicionado às escolhas do observador e seu contexto científico-cultural, e não se referem exatamente a uma representação inata da natureza corporal.

O ser vivo, ao operar a partir de suas dinâmicas moleculares, se movimenta em um meio de onde emerge como entidade autônoma e exhibe determinadas condutas. Tais condutas, segundo Maturana (1997), pertencem ao âmbito reflexivo do observador. Daí o aforismo “Tudo é dito por um observador” (MATURANA 2001b, p. 53). A dinâmica de estados internos permitida pelo sistema vivo, resulta em interações com o meio que são mutuamente selecionadas e produzidas. O organismo constrói o meio do qual distingue-se e o meio perturba o corpo conforme suas relações moleculares autopoieticas permitem. É uma dança dinâmica, mutuamente gerativa, entre corpo e meio. Nesse contexto, a percepção do observador consiste no registro de regularidades de conduta que, em nós humanos, é narrada a partir do falar. É na descrição do observador que se apresenta o organismo como uma totalidade comportamental.

A fisiologia dá origem, faz possível a vida de relação do vivo, mas não especifica suas manifestações do sentir. O sentir faz parte da conduta, da vida de relações, das observações que se faz de si, do narrar a si mesmo. A vida é somente possível de ser narrada pelo observador consciente como fenômeno de uma totalidade de uma conduta existencial. O “domínio da conduta surge como resultado da dinâmica fisiológica que dá origem ao organismo como totalidade e a dinâmica condutual²⁷, como processo que ocorre nas interações do organismo [com o meio], [a conduta] modula a fisiologia que lhe dá origem” (MATURANA 2001a, p. 109). Os “seres humanos somos o que somos ao sermos seres humanos. Quer dizer, somos conhecedores ou observadores no observar, e ao ser o que somos, o somos na linguagem” (MATURANA, 2001c, p. 37). Somos humanos “fazendo reflexões sobre o que nos acontece (...) imersos num viver que ocorre na linguagem, na experiência de

²⁷ CONDUTA: mudanças de postura ou posição de um ser vivo que um observador descreve como movimentos ou ações em relação a determinado meio (MATURANA & VARELA, 1995, p.167)

sermos observadores na linguagem” (MATURANA, 2001c, p. 37-38). Daí a importância de caracterizar os processos de enfermidade a partir da observação de si, expressa no falar de si como característica da experiência humana de adoecer.

Esse é o modo explicativo para a ideia de que a enfermidade, ao possuir componentes físicos, mas intimamente modulados pela conduta, possa ser caracterizada pela forma existencial de como o corpo atravessou sua historicidade, como viveu psiquicamente sua enfermidade. É nessa perspectiva que discuto a enfermidade como processo de um corpo existencial a partir da narrativa de relações. Um sujeito que vem à consulta com sintomas que levaram o diagnóstico de asma, na perspectiva que apresento nesta pesquisa, de um corpo processual de intensidades, importa ouvir o relato da verdade do sujeito. Tal relato não é espontâneo, uma vez que estamos todos subjetivados pela perspectiva biomédica, mas não são necessárias muitas perguntas para se fazer emergir uma miríade de modalizações dos sintomas que representam como o sujeito vive a intensidade de sua enfermidade: os sintomas podem ser manifestos em flutuações diárias, padrões de comportamento em que se agravam à tardinha, associados a intensa tristeza, ou ainda pela manhã com certa irritabilidade, ou ainda com frequência na madrugada com muita inquietude, impulsionando o sujeito da cama e procurando alguma janela, ou ainda aquele que prefere ficar quieto na cama sem qualquer menção de ar fresco. Também importa quando o sujeito se incomoda com o tipo de catarro produzido, se escorre pelas regiões posteriores da nasofaringe, ou sua consistência: espessa, grudenta, acinzentada, difícil de sair ou não. Além disso importa outras sensações que não tenham relação fisiopatológica, mas estão presentes no sujeito enfermo como sofrimento concomitante, tipo uma digestão difícil, um sono prejudicado ou sonhos diferentes, enfim um conjunto de particularidades que podem estar presentes na experiência existencial do sofrer uma crise de asma, as quais a biomedicina pouco ou nada tem a oferecer, pois não compreende o que seja um corpo de intensidades. Tratam-se de experiências psíquicas e reflexivas do sujeito, intensas, relacionadas ao se enfermar. Não configuram somente uma semiologia de uma enfermidade, mas o modo de como se constitui o corpo quando de seu devir nas suas relações com o meio, principalmente no que tange ao modo de como o sujeito percebe a si mesmo em seu psiquismo.

A questão das relações geracionais entre psiquismo e estrutura corporal é polêmica. Todavia, um exemplo que pode ser elucidativo é o modo de explicar que Maturana (2001a)

traz para o operar do Sistema Nervoso Central (SNC) e a vida psíquica. Segundo o autor, o SNC opera somente gerando correlações internas, relações de atividade em sua estrutura nervosa em seu operar. Tais relações dinâmicas produzem mudanças de estado observáveis por um observador (que pode ser ele mesmo) nas práticas existenciais. Contudo, “nada no operar do sistema nervoso representa o que acontece nas relações e interações do organismo com o meio” (MATURANA, 2001a, p112). O observador vê somente o curso de interações e relações que o corpo desenvolve ao viver sua existência e não se reduz a caminhos fisiológicos do cérebro. Nesse cenário, como se explica o psíquico? Se um ser vivo existe em dois domínios de existência que se intersectam, que são mutuamente gerativos, qual o modo explicativo para o fenômeno mental e seus produtos, como a linguagem e a consciência?

Segundo Maturana (2001a, p. 115), a “vida psíquica é nosso modo de vivenciar nosso espaço relacional como seres humanos e esse nosso vivenciar ocorre por nosso conversar sobre nosso viver no conversar”. O observador humano move-se através de suas narrativas sobre o mundo, em suas descrições dos eventos observáveis, ou seja, em sua capacidade condutual de falar, trocar impressões sonoramente ou corporalmente com o outro, nas distinções do que vive em sua experiência existencial. Maturana (*ibid*, p. 155) afirma que “todos os animais vivem em um espaço psíquico”. O comportamento mental não se dá em um cérebro, mas nos espaços de convivência mútua e só tem sentido existencial nas narrativas produzidas a partir do linguajar, no caso de humanos, em seu domínio de relações no espaço psíquico produzido através dos movimentos existenciais que geramos nas práticas de vida que constituem nossa corporeidade. É na intersecção estrutural do organismo com o meio (que pode ser ele mesmo, o outro ou ambos) que faz o sistema nervoso ser um sistema nervoso, e não seus componentes neuronais. É por existirmos na linguagem, de nosso operar como seres conscientes na reflexão (nas ações recursivas²⁸ do falar em cima do que foi falado continuamente), que pertencemos a nosso espaço psíquico no qual elementos como “eu” e “consciência” emergem como modos relacionais que vivemos como conversações que constituem nossa singularidade existencial.

Os espaços psíquicos, apesar de emergirem como fenômenos de coletividade, são vividos na singularidade existencial de cada um que os incorpora de acordo com cada

²⁸ Recursivo se refere às ações que sempre ocorrem sobre uma ação anterior, produzindo uma espiral de novas dimensões na atividade humana; ações recorrentes, que se voltam sobre si mesmas (MATURANA E VARELA, 1995, P.270)

especificidade e historicidade que cada um viveu em sua vida. Assim, “o viver humano constitui e se constitui recursivamente no viver psíquico, mental, espiritual e cultural (...) a que se pertence” (MATURANA 2001a, p. 117), através do linguajar enquanto operação na linguagem, na qual, “um observador vê que os objetos de nossas distinções linguísticas são elementos de nossos domínios linguísticos” (MATURANA & VARELA, 1995, p.235), produzindo, continuamente domínios linguísticos que constituem nosso viver e nossa corporeidade. Para Maturana:

(...) a autoconsciência não está no cérebro - ela pertence ao espaço relacional que se constitui na linguagem. A operação que dá origem à autoconsciência está relacionada com a reflexão na distinção do que se distingue, que se faz possível no domínio das coordenações de ações no momento em que há linguagem (MATURANA, 2001c, p. 28)

É no pensar recursivamente sobre si e sobre os outros, nos domínios do linguajar como ação coletiva e individual recursivas de distinções que realizamos como humanos no mundo, na coordenação de ações de pensar sobre o que foi pensado para se pensar de novo no âmbito da troca de conversar com o semelhante é que o psíquico e a consciência “não pertencem ao corpo, e sim ao espaço de relações em que se dá a convivência” (MATURANA 2001c, p. 28).

Para os autores chilenos, a realidade percebida passa a ser a construção de um efeito na configuração do mundo no qual se vive nos espaços psíquicos que se produzem ao viver, mais do que o olho e o cérebro como órgãos que apreendem a representação de uma realidade objetiva e independente. Para eles, a realidade passa a ser uma objetividade entre parêntesis (MATURANA & VARELA, 1996, MATURANA 2001a, 2001b, 2001c) e o corpo uma dinâmica de relações internas que modalizam as perturbações vindas do exterior que o configuram. Desse modo, o corpo produz, literalmente, as condições de realidade do mundo para si e para que possa seguir vivendo, produz o nicho vital que permite sua existência, ao mesmo tempo que o nicho configura seu existir. A “objetividade” passa a ser algo plástico, decorrente das operações que o ser vivo produz ao viver.

Vimos então que, ao mudar a perspectiva para sistemas vivos que produzem efeitos cognitivos configurando um mundo a partir de suas correlações internas quando perturbadas por estímulos do meio e expressas nos domínios da linguagem, Maturana e Varela (1997, p.71) afirmam que tais sistemas vivos são organizados por processos de produção de “componentes concatenados de tal maneira que produzem componentes que geram os processos (relações) de produção que os produzem através de suas contínuas interações e

transformações e que constituem [o sistema] como unidade no espaço físico”, ao mesmo tempo que a objetividade adquire maleabilidade derivada da ação linguajante do sujeito no mundo.

Nessa perspectiva, Varela (1990) traz o conceito de *enacção* na configuração da objetividade. Ele coloca a seguinte questão: “o que surge em primeiro lugar, o mundo ou a imagem?” (*ibid*, p. 82). Na visão objetiva de mundo não há dúvidas de que é o mundo, ao mesmo tempo que na visão solipsista²⁹ argumenta-se que o evento primário é a imagem produzida pelo psiquismo. Em suas palavras,

na abordagem da enacção [se] propõe uma via intermédia, abrindo caminho para além desses dois extremos, [na qual] *se definem um ao outro* e são correlativos. É o processo da vida que moldou nosso mundo através desse vaivém entre aquilo a que nós chamamos, desde nossa perspectiva perceptual, obrigações externas e atividade gerada interiormente (VARELA, 1990, p. 83).

Essa é a ênfase de coconstituição dos corpos a partir da prática de viver o mundo. Varela, Thompson e Rosch (2001, p. 226) trazem uma outra contribuição, produzindo um conceito que chamam de ação corporalizada na constituição dos corpos e na produção cognitiva. Nela, “o mundo e o sujeito perceptor se especificam uns aos outros”. Assim explicam o conceito:

ao usar o termo *corporalizada* pretendemos destacar dois pontos: primeiro que a cognição depende dos tipos de experiência que surgem... em um corpo com várias capacidades sensoriomotoras e segundo que estas capacidades sensoriomotoras individuais se encontram elas próprias mergulhadas num contexto biológico, psicológico e cultural muito mais abrangente. Ao usar o termo ação, pretendemos destacar que os processos sensoriomotores, percepção e ação, são fundamentalmente inseparáveis na cognição vivida (VARELA, *et al*, 2001, p. 226).

Os autores compartilham da perspectiva de que o corpo e seus processos sensoriomotores se constituem nas experiências existenciais dos sujeitos, evoluem, sujeito e sua corporalidade, conjuntamente na experiência de viver.

5.1.3.4 Domínio ontológico existencial

Das discussões acima, pode depreender-se que, em resumo, o organismo se constitui por processos gerados no seu viver, ao conservar-se através da autopoiese dos elementos que produzem a si mesmo. Que esses elementos criados decorrem de interações contínuas de

²⁹ Doutrina segundo a qual só existem, efetivamente, o eu e suas sensações, sendo os outros entes (seres humanos e objetos), como partícipes da única mente pensante, meras impressões sem existência própria. (DICIONÁRIO OXFORD LANGUAGES <https://languages.oup.com/google-dictionary-pt> acessado em 22/04/2023)

bilhões de moléculas no organismo uni ou multicelular, em um movimento existencial do sistema vivo, imerso numa contínua interação com o meio, assimilando e compensando seu modo de existir, adequando-se de acordo com seu devir. Desse modo, os corpos não só se autoproduzem, mas também vivem em permanentes inter-relações com os outros corpos, orgânicos ou não, e assim se configuram em um traçado histórico e singular, peculiar ao devir do vivente. Produzem seu nicho existencial, através da atividade cognitiva que exibem nas interações com o meio, distinguidas por um observador, que pode atribuir a elas como experiências dos espaços cognitivos de distinção nos quais se move o organismo (uma bactéria reconhece um gradiente de glicose e se movimenta em sua direção, por exemplo). No caso de seres humanos, tal atividade cognitiva se exhibe nas condutas como espaços psíquicos linguajantes.

Usando outras palavras, a atividade interna global do corpo seria especificada “pela rede de relação de produções [moleculares] (...) e estão, por conseguinte, numa troca contínua” (MATURANA & VARELA, 1997, p. 72) no fluir de sua correspondência estrutural com o meio. Trata-se de uma rede molecular que produz processos concatenados e acoplados entre si, irredutíveis e não especificados por seus elementos constitucionais, sempre vividos como uma totalidade do presente. É neste devir de relações que, por exemplo, os processos histórico-evolutivos, em tratando-se de sua ontogenia de ser recém-nascido para adulto, na perspectiva autopoietica, não se configuram como estágios incompletos para mais completos como se houvesse um fim teleológico evolutivo, “mas apenas a manifestação do acontecer do sistema que é a cada instante a unidade em sua totalidade” (MATURANA & VARELA, 1996, p. 79), que se conserva em seu viver em relação ao meio. Não há um “projeto” biológico de se nascer criança e evoluir para adultos: a deriva autopoietica faz parte do viver a cada instante a experiência existencial, sempre que distinguida por um observador, mesmo que isso ocorra desde as formas embrionárias do vivo. Para os autores, não haveria, no desenvolvimento de um ser vivo, qualquer tipo de evolução do simples ao complexo, já caracterizada em seu genoma ou em sua natureza. Sua deriva seria marcada pelas interações da rede dinâmica molecular que estabelece no produzir os elementos que o produz, ao mesmo tempo em que gera efeitos no meio, produzindo seu nicho por onde desenvolver seu viver e suas transformações.

A conduta observável e enunciada, seja em qualquer movimento da vida, faz parte da atividade do observador nos espaços de relação, ou seja, de sua atividade psíquica que ocorre na interrelação com o meio de onde surge e que produz ao praticar seu viver. As descrições que realiza do que observa, incluindo as descrições do corpo, fazem parte e se constituem nestes espaços de relação. Nesse modo explicativo, o corpo não possui estruturas inatas e definidas, senão fluxos que se autoproduzem, que se fazem e se refazem. Do mesmo modo que a percepção da cor, que não possui correlação direta com a frequência luminosa ou com um estímulo específico da retina, senão de correlações de correlações em uma rede de construção molecular, argumento que o que se observa de sintomas, especialmente se considerados através da experiência existencial e singular do sujeito - como os sintomas sem correlação fisiopatológica - não possuem relação direta com a estrutura do órgão.

Em tal experiência existencial e linguajante é que procuro trazer significantes para o corpo e suas enfermidades, sendo os órgãos sede de intensidades vividas pelo sujeito. Seria na linguagem que se especificariam as experiências do corpo. Tal é a perspectiva da objetividade entre parêntesis: o domínio da ontologia constitutiva, na qual fazemos referência às condições de constituição daquilo que falamos. Trata-se de fenômenos existenciais especificados no viver linguajando. Maturana (2001^a, p. 292) coloca que “vivemos nossas conversações e nossas reflexões em epigênese, ou seja, numa interação recursiva de nossas corporalidades com o que acontece em nossas corporalidades no curso de nossa participação em nossas conversações e reflexões”, ou seja, em uma deriva existencial que configura o corpo no correr de sua existência nas relações que produz com o mundo. Mais ainda, ele diz que “precisamos mudar nossas corporalidades para mudar os domínios de ações que nos constituem como pessoas” (*ibid*, p. 292). É com essa ótica coconstitutiva, de um corpo que se faz e se desfaz para se refazer a cada momento presente que se encontra com o mundo, de estar exercitando e produzindo uma consciência de si nesse processo que se pode pensar um cuidado em saúde que seja ressignificante e, possivelmente, libertador dos processos que geraram o sofrimento físico amalgamado com o psíquico. Um corpo que se auto produz constantemente em contingência com sua intervenção no mundo, com suas relações de todas as ordens que lhe sejam significativas e por onde se mostra a singularidade de sua suscetibilidade.

Esse sentido aponta para uma perspectiva crítica à ideia de elementos inatos ao corpo. O corpo é processo de relações e assim ele se constitui no viver em relação ao meio. Segundo

Botelho (2011, p.73), “não existe algo que seja inato e algo que seja adquirido, pois tudo é construído e desenvolvido”. O autor refere que “os recursos de desenvolvimento, seja eles genes, cromossomos, ou ninhos, não possuem significado por si, mas apenas no contexto dos demais recursos de desenvolvimento” (*ibid*, p. 75). Nem a genética e nem o meio são elementos determinantes, são contingentes a um processo de interação contínua do sistema vivo consigo mesmo ao sofrer perturbações de seu viver. Nada é independente e tudo decorre do processo de reconstrução contínua do ciclo de vida do organismo.

Tais relações constitutivas do corpo são relações de conservação e ordem no âmago de fluxos de transformação contínua. Conserva sua unidade no tempo e simultaneamente a modifica em relação ao meio que o perturba para continuar vivendo. Portanto, no interior do corpo, como sistema dinâmico de produção de componentes que o produzem, as relações moleculares que o constituem são de rearranjo molecular estrutural contínuo, não mapeável, para seguir produzindo a si mesmo. “Não é, portanto, um problema químico, em termos de quais moléculas fizeram ou podem fazer parte no processo, mas o problema geral de quais relações devem satisfazer as moléculas” (BOTELHO, 2011, p. 87) para gerar uma unidade existencial no espaço de relações. O que se manifesta nesse sistema, conforme esse modo explicativo, é da ordem de sua unidade existencial que é observada por si mesmo e por outros. Ou seja, “cada unidade (biológica) autopoietica depende da maneira particular em que se concretiza sua autopoiese individual” (*ibid*, p. 91) na relação com o meio. Assim seria caracterizada a ontogenia da rede autopoietica de produção de elementos que geram os processos produtivos do viver.

Enquanto um sistema dinâmico,

duas são as fontes de deformações de um sistema autopoietico percebidas por um observador: uma constituída pelo ambiente (...) outra o próprio sistema a constitui com seus estados resultantes da compensação de deformações (...) estas duas fontes de perturbações são inseparáveis e em todo sistema autopoietico se entrelaçam para configurar somente uma ontogenia” (MATURANA & VARELA 1996, p. 93).

Desse modo, penso em um corpo existencial e em como ele produz enfermidades em sua relação com o meio. Mais ainda, a percepção de tais deformações entrelaçadas são uma experiência única e, no caso de humanos que se movem no ato de linguajar, somente o falar de si, o falar a “verdade” de como sente o sofrer, não de um órgão, mas de uma vivência de sintomas ou de sofrimentos é que caracterizariam a experiência autopoietica e existencial de adoecer.

Com tais argumentos, reflito sobre uma ontologia da enfermidade na proposta autopoietica. Vejo cada corpo singular, o conjunto de suas manifestações, seja em saúde ou enfermo, como expressão de um viver linguajante e os eventos e processos que ocorrem e se manifestam no corpo como decorrentes desses fluxos existenciais. A atividade linguajante possui dois sentidos: sua capacidade de, como conduta humana coconstituída no se fazer inserido no mundo, contribuir para configurar corpos falantes e suas manifestações através de suas ações corporalizadas (saúde, convívio, enfermidades, por exemplo) e sua importância na definição de que corpo estamos vivendo ao produzir nossa vida e que tipo de cuidado desejamos nossas práticas médicas, por exemplo. Se devidamente estruturada na produção de uma tecnologia médica do falar do sujeito, a enfermidade pode ser muito reveladora da profundidade do sofrimento em termos existenciais. Aqui não há negação dos órgãos e de sua alteração na doença, por exemplo. Há somente a afirmação de que o corpo se estrutura para além dessa forma de componentes caracterizados por órgãos e se produz incessantemente atravessado por sua auto organização dinâmica de fluxos e intensidades. Pois, antes dos órgãos, existe um sujeito que vive uma experiência de adoecer e observa em si mesmo, uma historicidade de como sobreviveu e um processo no qual percebeu a si mesmo no drama de sua experiência vital.

Pode-se perceber, então, a enfermidade como um processo histórico de encadeamento existencial relacionada a historicidade vivida, no qual “cada um dos estados sucessivos de um sistema variante surge como modificação de um estado prévio numa transformação causal, e não de novo como fato independente” (MATURANA & VARELA, 1996, p. 97). As verdades para o corpo e para o sujeito são produzidas no mundo vivencial e tem uma história singular de relações. Embora as explicações ou que se fala sobre a experiência não seja a imagem do vivenciado, mas reformulações do vivido, as explicações e narrativas sobre os acontecimentos no corpo devem ser observados a partir do sujeito observador de si e do que conta de si em seu mundo vivencial. Por exemplo, um sujeito que apresenta um tipo de alergia auto imune, um eczema exudativo com rachaduras e descascamento da pele da planta dos pés pode ser visto como tal e, portanto, prescrito o tratamento biomédico baseado principalmente nos corticóides, ou visto como um sujeito de intensidades. Nessa segunda condição, uma experiência de culpa profunda, de dever não cumprido com relação a algum ente amado, uma incapacidade de se perdoar que ruma em seu interior sem que seja comunicado a ninguém, pode ser, ao ser investigado e ao se produzir um conjunto de tecnologias terapêuticas para

essa condição, que vá além de uma psicoterapia, e se constitua numa abordagem clínica, tende a trazer alguns possíveis *insights* sobre sua enfermidade, suas relações, capacitando o sujeito a ressignificar sua existência, a partir da coragem de falar de si. A ideia é produzir tecnologias para uma compreensão transversal e existencial do evento de adoecer, no sentido da auto investigação de sua rede histórica de eventos significativos que contribuíram para o tipo de conservação de si e o que se alterou até o emergir do sofrimento. A percepção de si e das suas relações com o mundo emergem em nossa experiência dos espaços psíquicos por onde navegamos e produzimos em nosso viver. Uma reflexão acerca das relações entre a consciência e a automaticidade da vida, ou seja, dos estados mentais do sujeito, de como ele fala de si, e como eles se intersectam com a conservação de sua auto produção.

Nesse modo explicativo, somos sempre observadores de si e dos outros, mesmo que só em pensamento ou em sonho. Na prática, o fenômeno do viver (e do adoecer) configura-se através de relações e de contatos entre os seres vivos, observado como contínuas mudanças no fluxo de posturas e sonoridades coerentes e recursivas entre diversos seres que participam de tipos de comunicação, independente das estruturas sintáticas, gestuais ou gramaticais envolvidas. É nesse âmbito que, segundo os pesquisadores chilenos, se definiriam as características do fenômeno mental: nos espaços de relação. O fenômeno mental, como já vimos, assim como a configuração corporal, ocorre como efeito das interrelações entre os seres e não como propriedade puramente orgânica decorrentes de seus cérebros, das estruturas neurais ou dos órgãos envolvidos. Seres vivos produzem espaços psíquicos e vivências corporais que se constituem corporalmente em diversos níveis e complexidade nos quais nos movemos como seres viventes.

Portanto, a atividade psíquica e o ato de conhecer humano, assim como a atividade corporal que se constitui na conservação de seu viver, é uma atitude sensível do sujeito ao se movimentar no mundo, ao produzir seu nicho existencial em domínios físicos e psíquicos, um tipo de conduta que é observada (por si mesmo e/ou pelo outro) nessa permanente interação que estabelece com o meio natural ou social. São interações sonoras, gestuais e expressivas, através da historicidade singular e cultural da ação sensorial do corpo, para além da concepção biomédica da visão, do olfato, do tato, do paladar e do ouvido: trata-se de ver, ouvir, tocar, cheirar e sentir o gosto como práticas do sujeito no mundo.

Faço aqui um breve parêntesis: a crítica antropológica de Le Breton (2016) da sensorialidade. Segundo o autor, com relação ao “ver”, fala-se de uma realidade múltipla, heterogênea e infinita, pois o olhar se fixa e descola “situações do pano de fundo visual que rega a cotidianidade. Ele é *poiesis*, confrontação com o sentido... uma alteração da experiência sensível” (LE BRETON, 2016, p. 72). O olhar seleciona, corta e elege o que é visto, nunca “a” realidade, mas “uma” realidade. Ver significa uma posição no mundo. Significa poder ver o que essa posição lhe permite nas relações de poder e saber que produz e se submete, ao mesmo tempo. Significa ver a si mesmo nas relações que vive, se alegra ou sofre, ver aos outros e como se posiciona nas relações existenciais. Tal entendimento de ver, mostra que o sujeito possui uma visão que é singular, única, que possui um lugar de pertencimento, cultural ou pessoal, e assim, no caso de sua corporeidade, uma forma de viver e perceber tipos de sofrimento que venha experimentar. O ouvir também possui tais características. “Os sons participam de nossa orientação no mundo” (LE BRETON, 2016, p.132). Se na visão o sujeito se limita à superfície do visível, o som aumenta suas fronteiras naquilo que é audível, pois no som não há lugar fixo. Som é ritmo e as alterações do ouvir podem se relacionar com o ritmo da vida. Estar ouvindo é um modo de aceitação do outro. Recortar o que se ouve significa muito da situação de quem está ouvindo, do recorte de sua percepção ou de seu sofrimento. “Se o outro não é valorizado, sua linguagem é um ruído, uma linha entrecortada de sons cavalgados, carente de sentido e de razão” (LE BRETON, 2016, p. 158) e esse é, muitas vezes, o mote de sofrimentos psíquicos de casais, famílias e relações entre sujeitos que terminam corporificando enfermidades. O som transporta relações de poder, no que ele designa, corta, elege, estabelece as relações com o outro, limita, impõe e transforma em sua rede de sonoridades. Ao mesmo tempo, o silêncio também pode ser educador do viver do sujeito ou significar sua posição no mundo. Não só o silêncio sonoro, mas o silêncio da própria atividade que, muitas vezes, precisa ser reterritorializada. “O silêncio (...) põe o homem diante de si” (*ibid*, p. 160).

Tocar e ser tocado também é ato sensorial, intenso fluxo de viver. A percepção tátil se refere ao limite da pele, à inteireza da corporeidade, aos lugares do corpo que se lança permanentemente ao mundo, seus volumes e contornos, sua temperatura e ao próprio limite do sujeito. Para o cego, surdo e anósmico, é o tato que lhe dirige ao mundo. De um modo geral, é um sentido pouco explorado para os visuais, mas quando da anestesia, parestesias locais e segmentares do corpo, o sujeito altera sua percepção e entende que algo não vai bem.

Pela pele também se respira, transpira, sente frio ou calor, percebe a febre e diversas das dores que acometem a corporeidade. O modo como cada indivíduo as sente pode oferecer caminhos de significância ao sofrimento. A pele é propícia para tipos de sintomas eruptivos que podem trazer significado ao comportamento, sugerindo, ambas manifestações, acontecimentos importantes na existência individual: aversão ao contato, ter sido agredido/a ou abusado/a, desrespeitado ou invadido.

No que tange ao cheirar, ele nos aproxima de nossa animalidade, uma vez que é com o olfato que uma imensa maioria dos seres viventes conhece o seu meio. “O controle dos odores pessoais é uma preocupação constante das nossas sociedades ocidentais” (*ibid*, p. 295). A percepção do próprio odor pode significar, para um sujeito, que algo lhe ocorre de errado, alguma doença pode estar se localizando: no hálito, nas fezes, no suor, na urina. O modo como percebe seu próprio odor, se ácido, se pútrido, se adocicado representa possibilidades de compreensão no modo de adoecimento. Cheirar e sentir gosto apresentam-se como as primeiras formas cognitivas do ser humano com o mundo através do seio materno. Intimamente relacionado com o afeto, as preferências alimentares dizem sobre quem está à nossa frente: o desejo por apimentados, por salgados, doces ou por alimentos menos sólidos. Representam nossa experiência vital mais tenra e ancestral. O “paladar é uma emanção do corpo todo inteiro, segundo a história pessoal do indivíduo (...) um produto da história, e principalmente da maneira com a qual os homens se situam na trama simbólica de sua cultura” (LE BRETON, 2016, p. 394) e, por que não dizer, nos agenciamentos que seus fluxos desejanos produzem desde suas primeiras relações com o meio. Estão, o gosto e o cheiro, como sensibilidades, no cruzamento permanente entre o subjetivo e o coletivo. Respondem “pela maneira com a qual o indivíduo singular a elas se acomoda, segundo os acontecimentos próprios de sua história” (*ibid*, p. 395). Produzimos as intensidades de nossos sabores e cheiros conforme agenciamentos desejanos de nosso plano imanente de vida. São experiências incomparáveis entre os sujeitos, visto que sempre surgem como impregnados de intensidades emocionais, de memórias e de vivências.

Enfim, na crítica antropológica de Le Breton (2016), a sensorialidade está imbricada com nosso viver e nosso emocionar. Não há visão, senão o ver como ação no mundo, associada às condições que regulam esse viver. Cada experiência sensorial é cultural e singular. Para Maturana (1998) também é nesse domínio da sensorialidade que emerge o

emocionar. O autor não fala de emoções, senão do emocionar como ação no mundo. Para ele, “as emoções são disposições corporais que especificam o domínio de ações em que se move” (p.98) um sujeito. Além disso, o emocionar é “o fluir de um domínio de ações a outro” (MATURANA, 2001b, p. 170). O emocionar está presente em todo universo operacional animal. No caso das ações humanas, a configuração dos “processos que constituem o corpo ficam definidas pela emoção que as sustenta e que tudo o que fazemos é feito a partir de uma emoção” (MATURANA, 1998, p. 98). Todas as ações humanas, independente do espaço operacional e psíquico em que ocorre - racional, filosófico, científico - todas as escolhas e aceitações que fazemos nos diversos domínios de ação existencial, se fundam no emocionar (MATURANA 2001b). O emocionar é uma ação corporalizada que se produz junto ao conversar e “nada humano ocorre fora do entrelaçamento do linguajar e do emocionar” (MATURANA, 1998, p. 98). Toda a razão, os parâmetros na qual ela se produz e se molda, se fundamenta nos fluxos do emocionar. O corpo produz seus processos de produção corporal nos fluxos do emocionar. O emocionar modula o saber que produzimos de nós mesmos.

Todas as distinções realizadas pelo sujeito observador (ver, cheirar, ouvir, tocar, sentir o gosto, fazer distinções e sentir emoções) gerariam saberes, conexões entre indivíduos que levariam a comparações, vigilâncias, controles e diferenças de poderes entre si, constituindo verdades que se consolidariam nas relações sociais. O ser, o fazer e o acontecer humano, na perspectiva autopoietica, são considerados como eventos de uma dinâmica corporal única de nossa espécie que produziria significado na exata medida em que o observador participasse *co-constitutivamente* do conjunto da atividade fazendo emergir realidades e verdades produzidas, criando discursos sobre o que observa, através da própria atividade de viver. Nesse contexto, a realidade não possuiria uma existência própria e independente. Passaria a se configurar enquanto eventos de possibilidade flexíveis e maleáveis, em mútua relação constitutiva entre sujeito e meio: uma realidade entre aspas ou objetividade entre parêntesis, no dizer de Maturana e Varela (1996). O fazer humano participa da construção de um mundo e, nele, seu corpo é constituído como produto de suas experiências existenciais e intensivas enquanto percepções de si no viver e no emocionar.

Trago toda essa discussão com a intenção de produzir um modo diferente de se produzir uma ciência para se conceber o organismo, desde a materialidade inorgânica (que guarda semelhanças de dinâmicas e fluxos surpreendentes com a matéria viva) até a teoria

biológica autopoietica a fim de argumentar um corpo existencial que se processa no viver. Com a intenção de discorrer que essa experiência existencial é intensiva, produtora e produto de fluxos de constituição corporal em redes moleculares, em processos de devir que se constituem na experiência. Tais pontos de vista proporcionam algumas bases para a produção e/ou sustentação de uma prática terapêutica e diagnóstica em cuidado médico que seja integrativo e na produção de algumas tecnologias do “eu” enfermo, enquanto movimento existencial que se faz e se refaz, que se caracteriza e se conserva em fluxos comportamentais e emocionais obsedantes, não bastando retirar o órgão ou tratar o órgão, como se fosse do órgão a enfermidade.

Nesse cenário de uma biologia do conhecer na qual o corpo é visto como rede molecular que se autoproduz e que exhibe comportamentos distinguidos por um observador, compreende-se um organismo animal, incluindo o ser humano, que produz um mundo imbricado ao seu nicho existencial. As fronteiras entre o que é interno e externo se desvanecem. Nossa animalidade é recolocada em patamares de inter-relação e mútua constituição com os demais que estão de fora. Nesse âmbito, adiciono à discussão outros argumentos, ampliando de como se pode conceber um sistema orgânico que se constitui como produção e conservação de si e suas interfaces com o meio. Para tanto, trago exemplos de uma concepção de *vírus* de elemento “não-vivo” relacionado à constituição da vida, da questão do contágio enquanto construção de interfaces com o ambiente, de um sistema imune enquanto sistema autopoietico de conservação do equilíbrio interno (antes do que um sistema voltado para o exterior de defesa), e de uma discussão sobre o morrer que seja paradoxalmente integrativa às conexões constitutivas do viver autopoietico.

5.1.3.5 Animalidade e a gestão integral da vida: reflexões sobre outros domínios da autopoiese

Um aspecto interessante da teoria autopoietica é que ela permite uma aproximação singular dos seres humanos a outras formas de vida, a outros animais multicelulares e vertebrados. Seres humanos não são uma forma mais evoluída de vida, mas somente uma forma de vida com característica de autoconsciência e, por consequência, capaz de manipulação do meio em que vive conforme os desejos e pensamentos. Se assim somos, é com relação à inteligência instintiva que deixamos muito a desejar. As derivas existenciais entre humanos e pássaros, por exemplo, não caracterizam necessariamente momento

evolutivos superiores entre os primeiros e os segundos, mas tampouco somente derivas que legitimamente se conservaram cognitivamente no mundo (VARELA, 1990). Nesse sentido, no estar vivo, todos somos vivos e autopoieticos, todos temos legitimidade de estar vivos, cada um em seus devires constituindo seus nichos vitais onde produzem seu viver. Nossa corporeidade, antes de humana, é autopoietica e, portanto, animal.

Caracterizo o afastamento de nossa humanidade do que somos enquanto animais, como um efeito de relações de poder que exercemos como espécie sobre o meio natural. Para Agambem (2017a) a vida animal foi separada do viver humano, tornando possível haver humanidade sem outros animais e sem o conjunto da natureza, quase que “opondo o homem aos outros viventes” (*ibid*, p. 31). As coisas da natureza são consideradas como de qualidade diferente do homem pensante. Essa é uma das essências do cogito cartesiano. É desse modo que se visualiza, em nossa cultura ocidental, o ser humano como dividido e articulado, não só dos outros animais, mas também em si mesmo entre corpo e mente. Segundo o filósofo italiano, deveríamos investigar filosoficamente ou biologicamente:

o lado prático e político da separação. O que é o homem? [Seria ele] o lugar – e, mais, o resultado – de divisões e cortes incessantes? [É necessário] trabalhar essas divisões, questionar-se sobre como – no homem – o homem é separado do não-homem e o animal do humano” (AGAMBEM, 2017a, p. 31).

Trago a questão de tais efeitos do biopoder na construção da separação humana de nossa animalidade para pensar também a separação da mente e do corpo, principalmente em seus modos existenciais. Na perspectiva do biopoder, a mente seria humana e o corpo, mera vida animal, *bios e zoé*³⁰ (AGAMBEM, 2017b). No ponto de vista autopoietico, corpo e mente emergem em domínios cognitivos que podem ser diversos, mas se manifestam em uma totalidade existencial em ação no mundo que participa de nossa animalidade singular.

Para Agambem (2017a), a única “tarefa que parece conservar ainda alguma seriedade com a ‘gestão integral’ da vida biológica é a própria animalidade do homem” (*ibid*, p. 122) para além da gestão meramente técnica do corpo, na concepção de um devir-animal para o ser

³⁰ Agambem (2017b) retoma certos conceitos da filosofia grega. Eles não possuíam um termo único para exprimir o que nós queremos dizer com a palavra vida. Serviam-se de dois termos, semântica e morfologicamente distintos, ainda que reportáveis a uma origem comum: zoé, que exprimia o simples fato de viver comum a todos os seres vivos (animais ou seres humanos) e bios, que indicava a forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo, geralmente em sociedade ou atividade política. Para Agambem, (2017b) há um efeito de biopoder no controle e sujeição ao nos deixarmos ser levados ao entendimento de que há corpos que podem ser deixados viver em condições de mera vida biológica. O evento mais dramático na história que fez emergir tal condição teriam sido os campos de concentração nazistas, nos quais pessoas eram expurgadas da vida e submetidas a uma condição de vida sem qualquer atividade a não ser a de seguir vivendo para morrer.

humano. No ponto de vista de Pelbart (2013, p. 26), o biopoder contemporâneo já não se “incumbe de fazer viver, nem de fazer morrer, mas de fazer sobreviver”, cuja operação de “sobrevivência” se produz em uma medicina que se pauta, em sua maior parte, na reconstituição de uma “mera vida animal” (AGAMBEM, 2017b), dividindo cada vez mais o corpo orgânico do sujeito corporificado, pois, conforme o autor, a ambição suprema do biopoder é realizar no corpo humano a separação do vivente e do falante, de *zoé* e *bios*, do sujeito e de sua animalidade (AGAMBEM, 2017a, 2017b).

Os dispositivos antropológicos, culturais e políticos, científicos ou não, em nossa cultura, ao separar o humano do animal-humano produzem efeitos de poder que podem explicar nosso desejo intervencionista na natureza e em nossa biologia, nosso ímpeto de manipulação do meio e do semelhante com fins antropocêntricos. Em nossa cultura, “está em jogo a produção do humano por meio da oposição homem/animal, humano/inumano” (AGAMBEM, 2017a, p. 61). Uma dinâmica de inclusão e exclusão concomitante que produz “um tipo de estado de exceção, uma zona de indeterminação” (AGAMBEM, 2017^a, p. 61) no qual a vida pode ser considerada como matável ou excluída, sem ser totalmente (corpos em UTI’s em estado vegetativo – distanásia, vidas sem importância que não morrem, por uma diretriz biopolítica de fazer viver, transformando-o em uma “coisa biológica”). Tal é o efeito do biopoder na separação homem/animal, mente/corpo: corpo estruturado em órgãos moleculares versus um corpo de intensidades auto organizado em uma rede molecular singular que se individua ao longo de seu devir existencial.

Trata-se de uma estratégia do biopoder na qual a dimensão molecular do corpo, (o DNA, enquanto material “não-vivo” de bases nitrogenadas que proporciona, através de seu arranjo estrutural, fenômenos vitais emergentes) pode ser considerada como em um “nível em que ‘a diferença entre o orgânico e o inorgânico, entre o vivo e o não vivo’ deixa de fazer sentido” (FERREIRA & PEDRO, 2009, p. 180). A vida passa a ser mais uma realidade técnica do que existencial. “Uma célula-tronco embrionária não é vida humana, embora seja vida” (FERREIRA & PEDRO, 2009, p. 191). Essa é outra faceta do biopoder sobre o corpo: a vida torna-se questão técnica na qual bastaria ligar o corpo às biotecnologias, o que gera uma discussão do limite e as interfaces entre o que é vivo e o não-vivo.

5.1.3.6 O vivo, o não-vivo e suas interfaces: o exemplo dos vírus como parte de uma rede molecular autopoietica

Pelbart (2013), refletindo sobre a obra de Agambem, argumenta que tais aspectos entre o vivo e não-vivo são reflexo da "perversão de um poder que não elimina o corpo, mas o mantém numa zona intermediária entre vida e morte, entre o humano e o inumano: o sobrevivente. “O biopoder contemporâneo (...) reduz a vida à sobrevivência biológica, produz sobreviventes” (*ibid*, p. 25). Enquanto vida biológica, além dos “sobreviventes”, o próprio saber biomédico entra em discussão sobre o que é vivo e não-vivo, ao coisificar o corpo vivente.

Os vírus são entidades que navegam nesse limbo entre vida e não vida. São moléculas de DNA (ácido desoxiribonucleico – nucleotídeos citosina, guanina, adenosina e timina) ou de RNA (ácido ribonucleico – possui os mesmos nucleotídeos à exceção da timina que é substituída por uracila), bases nitrogenadas que se apresentam na interface do que é vida ou não vida. Pois é na dimensão molecular, que se mostra como "limite" entre vida e não-vida, que se torna importante pensar acerca dos vírus, se são corpos vivos ou não vivos, além do que também se torna central uma discussão sobre o contágio e sobre a imunologia.

Ao termos discutido o organismo vivo como processo autopoietico de redes moleculares, incluindo o corpo humano, penso ser importante examinar outras dimensões da autopoiese. Para Maturana (1997, p. 18), “ser vivo e sistema autopoietico molecular são o mesmo”. Contudo ele também afirma que “é possível distinguir, entre os seres vivos, sistemas autopoieticos de diferentes ordens, segundo o domínio no qual estes se efetuam” (*ibid*, p. 19). Se no caso dos organismos vivos a autopoiese dos elementos moleculares os definem, em domínios diferentes “não é a autopoiese de seus componentes, mas a forma de relação entre os organismos que os compõem” (p.19), pois se realizados por componentes autopoieticos (leia-se organismos), estes podem “realizar-se [em] sistemas autopoieticos de ordem superior” (p.19). Note-se então que esses sistemas existem e se reproduzem inseridos em sistemas autopoieticos mais complexos e compostos, como a sociedade, por exemplo, pois “sem dúvida não o são no domínio orgânico, já que nesse domínio o que define o social são relações de conduta entre organismos” (MATURANA, 1997, *In* MATURANA & VARELA, 1997, p. 20). Nesse sentido, Maturana se coloca na perspectiva de que há a possibilidade de distinguirmos sistemas com dinâmicas de funcionamento e interrelações que se caracterizam

como graus de complexidade autopoieticas. Estruturas que se tornam autopoieticas ao se “ligarem” inseridas em sistemas de complexidade auto produtiva Nesse âmbito, trago formas alternativas de como se pode pensar as relações do corpo, no campo da animalidade que permeia a vida, com um universo específico de seres moleculares, como, por exemplo, os vírus.

Há uma polêmica se vírus é ou não é forma de vida. Via de regra, a maioria dos cientistas pensa e compartilha a ideia de que os vírus são entidades portadoras de glicoproteínas genéticas, mas desprovidas de vida, que só conseguiriam se replicar ao entrar em contato com a maquinaria metabólica de um hospedeiro. Ao mesmo tempo, apesar dessa hipótese de parasita molecular “não vivo”, sabe-se que os vírus possuem várias características de uma entidade viva, como se pode observar ao nível de sua estrutura baseada em ácidos nucleicos herdáveis, cuja replicação promove tanto a conservação de sua existência como suas possíveis mutações evolutivas propagadas a futuras gerações, tanto em si como no hospedeiro.

Afora a discussão se vírus possui vida ou não, caracteriza-se, usualmente, uma concepção tradicional de constituição e evolução da vida no planeta através da metáfora da “árvore da vida”, onde os microorganismos bacterianos, ou seja, que possuem uma estrutura genética associada a uma membrana citoplasmática, seriam parte elementar dos seres vivos mais complexos, como as células nucleadas, estruturas centrais dos organismos multicelulares (ACRANI *et al*, 2012). Nesse cenário, as bactérias seriam as estruturas mais elementares relacionadas à vida. Conforme Acrani *et al* (2012), os vírus não participam deste modelo da "árvore da vida", "proposto no final dos anos 70 pelo microbiologista norte-americano Carl Woese, [que] divide a vida em três domínios - bactérias, arqueobactérias e eucariotos" (ACRANI *et al*, 2012, p. 27). Por outro lado, Acrani *et al* (2012, p.28) argumentam que a despeito de sua classificação como entidades vivas ou não, os vírus tem participação fundamental no movimento e na construção da vida...[e] podem transmitir informações genéticas entre diferentes hospedeiros contribuindo para gerar variabilidade", ao gerar mutações nas formas e processos vitais nos quais se encontram incluídos.

Desse modo, Acrani *et al* (2012), defendem que os vírus deveriam participar ativamente na conceituação de constituição do fenômeno vital. Desse ponto de vista, os vírus seriam entidades presentes enquanto um conjunto biológico horizontal rizomático que

permearia todos os domínios de vida, provavelmente com maior amplitude que a distribuição bacteriana, provendo, a todos organismos vivos, parte dos acréscimos e da troca de informação genética, essencial à conservação das redes moleculares que se constituem como autopoieticas.. Os autores citam Villareal, diretor do Centro de Pesquisa de Vírus da Universidade da Califórnia (San Diego), afirmando que tais entidades seriam como "artesãos da vida na Terra" (*ibid*, p. 28). Acrani *et al* (2012) colocam que a inclusão dos vírus na árvore microbiológica da vida não seria em seus ramos, senão em todo o entorno, uma vez que possibilita compreender os vírus como "entidades criadoras de genes... aumentando a diversidade genética existente" (*ibid*, p. 28). Os vírus emergiriam na rede vital não como participantes de uma árvore, mas, sim, como um "tapete viral" ou "envoltório viral da vida", coexistente com outras múltiplas formas na produção de vida no planeta. Não como um tronco arbóreo, mas como um tecido no qual tudo se entrelaça e de onde emergem as formas vitais (ACRANI *et al*, 2012). Penso que os autores querem dizer que os vírus, antes de patógenos, são elementos genéticos de ligação e constituição do vivo ao proporcionar transformações e conservação de estruturas genéticas e redes moleculares mais complexas.

Vários são os exemplos de simbioses de estruturas ou fragmentos virais permanentes nas estruturas vitais, inclusive de organelas intracelulares ou do próprio código genético, onde se estima "que 8,3% do genoma humano seja formado por esses fragmentos, em consequência de infecções virais ocorridas ao longo de 3,5 bilhões de anos de evolução, [principalmente considerando que] esse percentual supera o de genes funcionais existentes" (ACRANI *et al* 2012, p. 29). Por exemplo, na vida microbiológica, há condições de mútua coexistência simbiótica nas quais alguns vírus curam certas amebas de infecções causadas por outros vírus: o *Sputnik*, é um vírus que vive no interior de tipos amebianos e cuja reprodução é alimentada por outro vírus, o *mimivírus*. Este, por sua vez, é um vírus que tende a diminuir o tempo de vida da ameba. O curioso é que o *mimivírus*, mortal para a ameba, é neutralizado pelo vírus que ele próprio alimenta, o *Sputnik*. (ACRANI *et al*, 2012).

Um exemplo mais significativo é o da maternidade humana: os embriões humanos são corpos estranhos ao corpo materno e o que garante que não haja rejeição do feto é a placenta. A região de contato entre a placenta e o útero é formada por uma camada celular chamada de sinciotrofoblasto. Na década de 1970,

foi identificada a sequência intacta de um gene viral chamado *env*, que determina a produção de uma proteína do sinciotrofoblasto, denominada de *sincina*. Essa

proteína está envolvida na fusão de tecidos que ocorre na interface mãe-feto e na supressão da resposta imunológica, garantindo a tolerância ao feto pelo sistema imune da mãe (ACRANI *et al*, 2012 p. 30).

Segundo Acrani *et al* (2012),

a natureza está repleta de casos de participação de vírus em simbioses entre organismos (...) Todos os organismos - das baleias às bactérias - são infectados por eles (...) confirmando o papel dinâmico dos vírus na circulação de genes na biosfera (...) [e] transcendem a visão estreita de que são apenas agentes causadores de doenças (ACRANI *et al*, 2012, p.31).

Villarreal (2009, p. 24) chega a afirmar que "somos muitos a defender a ideia de que o próprio núcleo celular é de origem viral... que teria persistido nos procariontes". Bandea (2009, p.1, tradução nossa) conceitua os vírus como "organismos moleculares" para sublinhar sua importância na mediação do vivo em suas dinâmicas de simbiose, suscetibilidade, infectibilidade, diversidade, singularidade genética e, principalmente, na perspectiva da hipótese de que somos constituídos, em nossa complexidade, através de múltiplas fusões em rede de componentes vitais interdependentes. Tal perspectiva, nos leva a refletir sobre a vida em geral e a humana em particular como uma rede de interconexões coconstituídas na qual os corpos de estrutura mais complexa se apresentam como singularidades, movimentos de individuação que a prática de viver recorta, articula e se distingue a partir de um plano mais geral, imanente e manifesto por uma totalidade vital.

Os vírus estão presentes em uma intrincada rede de conexões moleculares. Ao participarem da vitalidade de estruturas vivas complexas, que poderiam ser conceituadas como autopoieticas, podem ser tomados como entidades vivas, estendendo o conceito para redes vitais mais amplas que um único organismo. Os vírus evoluem, se modificam nas relações moleculares que mantém com organismos mais complexos, eles se individualizam em movimentos que conservam seu existir, modificando a si mesmos. Penso que os vírus podem ser considerados como uma rede molecular genética inserida em processos autopoieticos, se constituindo como elementos de um entrelaçamento múltiplo e heterogêneo, interdependente, enredados e imersos num entrelaçamento auto organizativo planetário que mantém o viver de todas as espécies. Os vírus, ao participarem da rede molecular de produção da vida, seriam, eles mesmos, seres vitais. Se sua estrutura, estudada analítica e tecnicamente, não infere vitalidade própria, olhada em conjunto, é partícipe ativa da rede vital que permeia o planeta.

Ferreira e Pedro (2009) discutem a perspectiva:

ao oporem ou mesclarem o vivo e o não vivo, parecem estar produzindo um sutil, porém decisivo, deslocamento em relação à distinção entre vida e morte (...) [ao considerar] a própria ideia de que a morte e o horizonte da finitude teriam ‘desaparecido’ da constituição subjetiva contemporânea, em prol de técnicas e práticas que nos permitem falar (e nos conceber) em termos de reprogramação ou desligamento” (FERREIRA, PEDRO, 2009, p. 194-195)

Dessa forma, os limites entre o vivo e o não vivo, entre o corpo e o meio, tornar-se-iam tênues e mesclados nas interfaces que se complementam e se individualizam, corpo e meio, ao mesmo tempo em termo de estruturas vivas e não vivas. São as interconexões que são essenciais ao processo vital. É o movimento de conexão e separação, interfaces de um processo que podemos chamar de individualização que, ao ser observado, podemos enunciar que há algum processo vital, que há uma estrutura que se autolimita e se auto organiza na produção de suas próprias constituições físicas ou corporais. É possível que toda a vida, em nosso planeta, possa ser pensada como atividade interconectada com o meio, auto organizada, de onde emerge e se capacita a ser distinguida por um observador. Nesse sentido, podemos encontrar outros significados para a ideia de contágio e sistema imunológico.

5.1.3.7 Discutindo uma imunologia autopoiética e as interfaces do contágio

O sistema imune é visto, pela biomedicina, como voltado para fora, à espera de antígenos para a produção de defesas celulares e sorológicas e não há dúvidas que tal mecanismo ocorre. Hoje em dia, "experimentalmente, a imunologia é dominada por um modelo estímulo-resposta (estímulo imunogênico à resposta imune específica)" (VAZ & PORDEUS, 2005, p. 2). Nessa perspectiva biomédica, o sistema imune se comportaria como se dotado de condutas cognitivas de reconhecimento de antígenos e, assim, se capacitar na produção reativa de imunoglobulinas de defesa a partir de clones de linfócitos B primariamente estimulados ou de defesa celular baseada em linfócitos T. O sistema imune identificaria um ataque antigênico e produziria defesa imunológica. Esse é o conceito básico que sustenta a produção de vacinas como também se estudam os processos de "cicatriz" imunológica.

No entanto, alguns fenômenos vêm colocando em questão essa percepção do sistema imune. Por exemplo, não só de defesa viveria a imunologia corporal, pois existe uma multiplicidade de peptídeos produzidos pelo sistema imune, fundamentais para a saúde e que não servem e não derivam de uma resposta a estímulos. Além disso, há abundante evidência da existência de linfócitos auto-reativos sem, contudo, determinar doença, com os quais se

produz a tolerância oral à proteínas altamente alérgicas ao organismo que, se não fossem ingeridas, produziriam intensas reações alérgicas. Para Vaz e Pordeus (2005, p. 2) "no nível celular/molecular, nada é tão específico como parecia". As reações do sistema imune não são especificamente voltadas para a produção de instrumentos de defesa e nem sempre se manifestam como doença. De acordo com Czeresnia (2012, p. 39), "micro-organismos podem ser elementos que colaboram para a ontogenia de um sistema imune saudável". Além disso, sistemas imunológicos robustos são observados em crianças com quase nenhuma exposição a agentes externos. Tudo isso sugere que o tecido imunológico pode ter outra função e, somente como exceção ou como interrupção de uma função mais vigorosa, pode ter a propriedade de produção de imunoglobulinas e de resposta celular. A entrada no corpo de substâncias potencialmente alergênicas ou de corpos estranhos não é anormal e ocorre diariamente, sem causar doenças.

A função primária mais vigorosa, segundo Vaz e Pordeus (2005), consistiria na produção e conservação de um sistema de estabilização dos processos de relações que produzem as redes moleculares que permitem a vida e o acoplamento com o meio e a possibilidade de invariância flexível nas interfaces entre o próprio sistema imune e o organismo, assim como entre o organismo e o meio que o cerca e de onde provém, concomitantemente.

Quer dizer, nossa existência corporal decorre, entre outras coisas, de nossas interfaces com o meio e das "perturbações" daí advindas (leia-se perturbações somente no sentido de influência, nada a ver com algum significado moral de perturbar) associada à conservação da produção de redes que produzem os elementos moleculares que geram o vivo. Nesse âmbito, onde o organismo é aberto ao meio como modo de conservar sua operação autorreferida é que o sistema imune teria sua função de produzir robustez e flexibilidade de autoconservação frente ao meio. O sistema imune se comportaria como um agenciador no fluxo de relações que conservam na possibilidade de estabilidade das variâncias e invariâncias dessas relações internas e com o meio. Não se trataria de um sistema de "alerta e de defesa", mas de um sistema no qual se produz conservação e estabilidade dos processos imunológicos e vitais. Trata-se de uma visão autopoietica da imunologia. Segundo Czeresnia (2012):

o sistema imune seria um sistema de reconhecimento. E o reconhecimento de si mesmo implicaria o reconhecimento do outro. A constituição de um organismo saudável dependeria, não de se evitar causas ou riscos, mas de saber interagir,

harmonizando quantidades, tempos, velocidades e forças” (CZERESNIA, 2012, p. 43).

Segundo Vaz (2011, p.182), há dois modos de descrição do funcionamento do sistema imune: “um no qual descrevemos a fisiologia de um subsistema imunológico que é parte do organismo” pelo qual a biomedicina explicaria a produção de imunoglobulinas decorrente da excitação antigênica (vacinas, doenças infectocontagiosas) e “outro domínio que descreve as interações desse sistema, dessa entidade global com seu meio” (*ibid*, p.182). Nessa última hipótese, o sistema imune estaria primordialmente em interação com o conjunto dinâmico de outros sistemas corporais, em um funcionamento de totalidade, em uma enorme quantidade de autoestados de relação interna e somente como fenômeno secundário, capaz de produzir anticorpos. Acerca dos processos autoimunes, Vaz (2011, p. 185) defende que emergem “quando a estabilidade das relações do sistema imune e o organismo é quebrada... [perdendo a] riqueza de conexões, uma incompletude que aparece no sistema”.

Czeresnia (2000), ao problematizar a visão bélica do sistema imune, interroga os conceitos derivados da “teoria da transmissão microbiológica, a base de verdade que configurou a linguagem explicitamente militar com que se passou a compreender as interações do organismo com o meio que o circunda” (*ibid*, p. 90). Ela afirma que “o discurso que predominou a partir das representações construídas pela bacteriologia foi que todo germe é ofensivo” (*ibid*, p. 90). Com o discurso “bélico”, segundo ela, se produz a ideia de uma disjunção entre corpo e meio, característica da biomedicina e desloca a perspectiva mutuamente constitutiva do viver entre sujeito e seu meio. Representa a separação, total ou parcial, dos eventos e das interfaces nas relações vitais, pois o meio tende a ser “agressivo” e apresentar risco. Czeresnia (2000) chama a atenção para a necessidade “de expressar relações não *entre causas*, mas que dizem respeito a um processo que ocorre *entre o corpo e o meio*” (*ibid*, p. 91, grifos da autora), acrescentando a importância na prática médica do “resgate de uma opção dinâmica na conceituação de corpo e doença (...) [ressaltando] que criar formas de conviver com a simultaneidade (...) relaciona-se à construção de ‘circunstâncias’ favoráveis à conservação da vida” (*ibid*, p. 112).

A questão que trago para discussão é a de que a interface humana com a natureza ou do sujeito com seu semelhante, não é tão separada como parece ser. Nossa configuração corporal parece estar muito mais mutuamente implicada ao meio e ao outro do que imaginávamos. Do mesmo modo ocorre na relação mutuamente constitutiva entre corpo e

mente. Independente de que os vírus sejam entidades vivas ou não-vivas, não há dúvida de que apresentam uma espécie de engenho genético que interfere em nossa existência, tanto no âmbito evolutivo como no âmbito de gerar enfermidades: configuram-se como uma maquinaria que interfere em outra maquinaria. Considerando um dos aspectos característicos do vírus, o de gerar enfermidade, claro está que suas perturbações com relação ao corpo humano despertam respostas físicas frente a sua replicação, através de efeitos na fisiologia, necessitando intervenções de cuidado para que o sujeito se recupere de seus sintomas o mais rápido e suave possível. A biomedicina foca-se na produção de vacinas e de medicamentos antirretrovirais ou de qualquer outro grupo farmacológico para interferir na relação do corpo com o vírus, dentro de sua perspectiva epistemológica de combate. Sim, há benefícios nisso e louva-se a busca por tratamentos nesse âmbito.

Contudo, não é a única alternativa de cuidado, haja visto que os microorganismos virais compartilham de uma rede vital da qual também fazemos parte e muitos deles foram ontologicamente incluídos em nossa biologia para evoluirmos simbioticamente como espécie. É preciso debater alternativas no que concerne ao cuidado do corpo em relação à suas múltiplas interfaces com o meio e produzir saberes compatíveis com práticas relacionais coconstitutivas entre os seres vivos, em práticas médicas que se sustentem nos processos de relação.

Talvez, a questão seja repensar o paradigma de nossa convivência com o planeta e com as formas vivas que nele habitam. Em uma analogia ou metáfora, poderíamos, por exemplo, considerar que, do ponto de vista de *Gaia ou Biogéia*, nós humanos nos comportaríamos à semelhança de um "vírus" que infecta o planeta produzindo lixo purulento em seus rios e superfícies, perturba seu equilíbrio térmico, produz hipotermia ou hipertermia, polui sua respiração, tal qual qualquer microorganismo faria em nosso corpo. A resposta de *Gaia* poderia emergir, então, como manifestação de enfermidade aguda para preservar sua totalidade e vitalidade, como o concebem Krenak (2019) e Serres (2017).

Como humanos capazes de ser responsáveis pela biodiversidade e conservação do equilíbrio dinâmico da vida, poderíamos pensar também em outras propriedades para existência biológica dos vírus e das bactérias do ponto de vista do equilíbrio vital e de suas relações com o nosso corpo. Nesse sentido, visualizar outra concepção de vírus, assim como de corpo, pode contribuir para repensar a nossa produção de saberes sobre nossa biologia,

apontando caminhos para uma dinâmica ecológica na qual, nós humanos, reassumimos nossa parte na rede vital mais geral.

Em que isso pode mudar? Em termos práticos, poder-se-ia trabalhar em um tipo de cuidado orientado para o equilíbrio e estabilidade do viver, para pensar as relações com o meio onde vive o sujeito, de tudo o que emerge nessas relações (poder, emoções, sofrimentos, pensamentos, experiências), mesmo que se considere tal “estabilidade” se traduzam como processos altamente dinâmicos de permanente incompletude. Não se buscaria uma "defesa imunológica", mas um cuidado no qual o corpo consiga conservar a produção de si nos processos vitais e existenciais pelos quais passa nas suas relações com o meio, na robustez corporal, na individuação enquanto processo histórico e singular da constituição corporal, ao mesmo tempo que alicerçado na suavidade de sua existência, através dos processos que o constituam em uma unidade viva. Talvez a produção de uma tecnologia do cuidado que envolva a gestão integral da vida encontre caminhos e saberes que produzam um cuidado capaz de resgatar o humano, ao reconectá-lo às interfaces do sujeito com o meio, em um tipo de biologia da intersubjetividade (CEZERSNIA, 2012).

Pensando assim, do ponto de vista dos vírus, estes não seriam somente "ameaças" muitas vezes mortais aos nossos corpos. Poderiam ser pensados enquanto seres que promovem reações no corpo, alertas de nosso modo existencial através das manifestações de enfermidades, alertas de como estamos vivendo nas relações com os outros e com o meio ambiente. A morte e o morrer cumprem papel biopolítico nas relações de poder na sociedade e subjetivam o sujeito com o medo, tornando-o extremamente suscetível a aceitar qualquer proposta que elimine essa possibilidade. Na verdade, há em nossa sociedade uma carência extrema na discussão sobre o morrer e a este ponto irei me referir a seguir.

5.1.3.8 O vivo e o não vivo: uma discussão sobre a experiência do morrer e a produção autopoietica de si

A morte e o morrer são pauta diária na vida das pessoas e, penso eu, assunto estratégico e intimamente relacionado ao biopoder contemporâneo. Longe de querer esgotar o assunto, cabe salientar que, habitualmente, reza silêncio quase absoluto, nas práticas biomédicas, com relação à questão da morte e do morrer. É uma matéria que se evita debater, inclusive nos meios acadêmicos do ensino médico. Simplesmente morre-se e enterramos os corpos em meio às lágrimas de nossos queridos amigos e parentes. No entanto, a discussão

sobre o morrer pode suscitar abordagens interessantes acerca do corpo e dos seus processos vitais para a construção de uma perspectiva como uma linha de fuga em relação ao corpo somático e na direção de um corpo auto organizado caracterizado por intensidades.

Foucault (2006), alicerçado em seus estudos sobre os estoícos (Sêneca, Marco Aurélio), investiga alguns aspectos sobre a morte e o morrer. Segundo ele, o exercício mental do estoicismo, ao confrontar-se profunda e genuinamente com a própria morte, pode representar uma reconstrução de si. O poder simbólico de confronto com a morte permite que o sujeito reflita sobre si mesmo e o que está fazendo em seu viver, suas relações e de como pode, ao cuidar de si, afetar ética e positivamente suas relações no sentido do bem estar e da legitimidade existencial de todos, no campo das interfaces e interconexões da existência humana; tende a revelar o conjunto dos valores das práticas existenciais até então vividas, relacionadas a como se adocece e se pode morrer em cada singularidade vital.

Para Foucault (2006), até o momento de morrer,

[o] exercício, o pensamento sobre a morte é tão-somente um meio, quer para se adotar sobre a vida um olhar que opera um corte permitindo apreender o valor do presente, quer para se realizar o grande circuito da memorização pelo qual totalizaremos toda a nossa vida e a faremos aparecer como ela é (FOUCAULT, 2006, p. 582)

Portanto, traduz-se como um exame de consciência, livre do egoísmo e do ressentimento, capaz de alimentar as virtudes do perdoar; um exame de si não para julgar o que se fez, mas para possibilitar fazer outra prática de vida a qualquer instante do agora. Não uma auto censura e muito menos uma auto vigilância, mas um tipo de auto observação para buscar revelar em "que ponto estou na elaboração de mim mesmo enquanto sujeito ético da verdade" (FOUCAULT, 2006, p. 587). Nessa perspectiva, a morte não "é apenas um acontecimento possível, é um acontecimento necessário" (*ibid*, p. 579). Ou seja, enquanto simbolismo, a consideração da morte, não como questão técnica dos fenômenos fisiopatológicos envolvidos, mas como processo vinculado a uma reflexão sobre uma experiência de vida e de um cuidado despendido nela, é questão relevante para se praticar uma boa vida.

As discussões sobre a morte e o morrer podem suscitar, em medicina e/ou em filosofia, a problematização do corpo em vida: seria um evento "puramente" biológico? Ou um evento múltiplo que estabeleceria uma passagem para o estado não vivo? Ou seria um processo em que viver e morrer estão implicados em si no movimento existencial do sujeito?

Somos um corpo mortal de órgãos dado pela natureza ou um corte inteligível dos múltiplos fluxos existenciais da natureza vital que se fazem e se desfazem continuamente? Seríamos um corpo que se mantém à custa de um contínuo fluxo e movimento em que somos aquele que já não somos mais - morremos e vivemos na mesma medida em que existimos - e a morte deveria ser pensada com relação ao corpo de quem morre? Há uma política de morte na sociedade neoliberal?

O constante medo da morte e do morrer gera a suspeita acerca da doença como inimiga. Todavia, como processo da vida, o adoecer integra as experiências e condições existenciais dos sujeitos e necessitam ser ressignificadas para melhor viver. Emerge a estratégia de evitar a morte de alguns e de deixar morrer a outros, aqueles improdutivos, desnecessários e inconvenientes ao sistema. Revela-se uma das facetas das estratégias necropolíticas do capitalismo neoliberal. Reduzidos à coisa biológica, à sua *vida nua* (AGAMBEM, 2017a), algumas pessoas podem ser “esquecidas” para morrer, desconsiderando-se suas histórias singulares, base potencial de se tornarem sujeitos em práticas de liberdade e de suas suscetibilidades individuais quando adoecem. Não passam de coisa biológica que vive no limbo do quase inorgânico ou das coisas em si. Ao mesmo tempo, como coisa biológica, os corpos se acumulam nas emergências e nas UTI’s, em processos terapêuticos que já não visam mais a integração do sujeito em sua vida, mas em prolongar uma *vida nua* de corpos biológicos internados em regimes hospitalares. Se não são deixados para morrer literalmente, também não são deixados para viver, a não ser por sua condição meramente biológica, pois o medo de morrer, o evitar morrer, permeia hegemonicamente a técnica biológica do cuidado.

Ao alimentar o medo, alimenta-se o ódio. Na ausência de compassividade, confunde-se o limite da morte, sua presença constante e sua negação: tornam-se, todos, fonte de estratégias do biopoder (MBEMBE, 2016). O campo biologizado da vida termina por não agregar valor existencial aos corpos. Sendo assim, a noção do “outro” acaba sendo mais exequível no universo da desconfiança e da inimizade. É na captura do corpo como objeto, é nesse devir-objeto do ser humano, ou ainda, à subordinação de tudo à lógica impessoal e ao reino da racionalidade instrumental que se move a biomedicina em suas estratégias de controle e vigilância compartilhadas com o neoliberalismo (MBEMBE, 2016). A

necropolítica convive com os procedimentos técnicos e impessoais, pois assim se torna mais fácil passar pela experiência da morte e do morrer.

Nesse cenário necrobiopolítico, é importante aproximar o olhar para a especificidade de algumas produções de saberes sobre o assunto da morte e do morrer, a partir de discussões da ética médica e da filosofia. De acordo com Bernat (2006, p. 35) “a definição de morte é um dos mais antigos e duradouros problemas em biofilosofia e bioética”, pois desde os anos 50 do século passado, após a invenção do respirador artificial e produção de substâncias químicas que prolongam a vida somática, especialmente em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), foi possível conservar o corpo com sua organização biológica sustentada por períodos antes inimagináveis. As antigas concepções de morte – parada cardíaca ou respiratória – tornaram-se questionadas, ambíguas e, porque não dizer, obsoletas, do ponto de vista biomédico e da bioética.

Bernat (2006) discute a morte a partir de:

sete elementos sequenciais. Primeiro, [relaciona] a palavra ‘morte’ a uma palavra comum e não-técnica que todos usamos corretamente para se referir ao cessar da vida humana (...) Segundo, morte é fundamentalmente um fenômeno biológico (...) terceiro, nós restringimos nossa análise da morte em vertebrados superiores (...) quarto, o termo ‘morte’ pode ser somente aplicado de modo categórico a organismos (...) quinto, um organismo vertebrado superior pode residir somente em dois estados, vivo ou morto (...) sexto, morte precise ser um evento e não um processo, um súbito e instantâneo evento separando o processo biológico de morrer e desintegração corporal (...) sétimo e último, morte é irreversível” (BERNAT, 2006, p. 36-37).

Para Bernat (2006, 2014), a morte, além de uma palavra “não técnica”, é um evento biológico, definível, súbito, um instante que separa o corpo da vida. Todavia, como evento separador do vivo, no sentido de se adequar às tecnologias de tratamento intensivo, ele define novos conceitos para a morte ao afirmar que se trata de uma “permanente e irreversível perda de funções críticas do organismo como um todo” (BERNAT, 2006, p.38). Esse evento que separaria vida e morte seria provocado pela morte cerebral, uma vez que o autor pensa que a atividade cerebral é aquela integrativa do organismo como uma totalidade.

Noutra perspectiva, Shewmon (1998) já produzia uma crítica a tal posicionamento. Segundo ele, vários pacientes com morte cerebral seguem tendo um tipo de vida com certa totalidade, mesmo após cessar as medidas de suporte vital. Ele designou tal estado como “Chronic Brain Death” (CBD – Morte Cerebral Crônica). O autor afirma que “a unidade integrativa do corpo deriva de mútuas interações entre suas partes, e não a partir de uma

imposição de cima para baixo de um órgão ‘crítico’” (SHEWMON, p. 1544). O autor conclui que, para além da morte cerebral, é necessário discutir outras perspectivas “tais como a perda da ‘personalidade’ de um corpo biologicamente vivo, [enquanto] um conceito mais viável ou desejável socialmente” (*ibid*, p. 1544). Como fica evidente, Shewmon procura compreender a existência do sujeito que morre, e não uma simples biologia que já não funciona mais. Com base nessa crítica de Shewmon (1998), Bernat (2006, p. 39) aprimora o critério de morte cerebral dizendo que se trata de uma “perda irreversível da consciência e da cognição”, em reconhecimento às contribuições de Shewmon. Não é mera "morte cerebral", mas a perda da consciência e cognição.

Entretanto, manter uma "vida" sustentada por aparelhos em uma UTI pode ser considerada uma prática de distanásia. É através de práticas deste tipo que se produz a possibilidade concreta da conservação da vida biológica, na perspectiva de incluir os estados vegetativos como *vida nua*, a coisa biológica sem relações existenciais. Os pacientes nessa condição, que alcançam a possibilidade de retornar ao seu domicílio, pois se encontram “estáveis”, encontram uma semivida vegetativa e/ou sem relação existencial. Tal condição vem questionar a qualidade do que seria viver e o envolvimento de toda a família na sobrecarga do cuidado de um paciente que já não irá recuperar sua existência e participação neste mundo. Considero tal situação como *vida nua* no âmbito das práticas biomédicas.

No âmago dessa discussão, conforme Azevedo e Othero (2020), o governo americano forçou-se a se posicionar a respeito de tais políticas públicas de saúde:

influenciada pela abordagem de James Bernat, a Comissão de 1981 do Presidente dos Estados Unidos da América para o estudo de Problemas Éticos em Medicina e Pesquisa Biomédica e Comportamental concluiu que a morte humana é um instante que separa o processo de morte do estado cadavérico (AZEVEDO, OTHERO, 2020, p.1)

Além disso, também concluiu que, "como o funcionamento do cérebro é necessário para o funcionamento integrado do organismo e, portanto, do indivíduo" (AZEVEDO, OTHERO, 2020, p. 2) a morte ocorreria quando tal função integrada cessasse de ocorrer.

Amplamente reconhecida entre muitos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros, o detalhe técnico da morte cerebral visa garantir que o corpo, que se mantém funcionando, permita, como já vimos, a doação de órgãos. Azevedo discute essa posição:

Em outras palavras, dados nossos preconceitos morais reais, a razão para aceitar o critério neurológico da morte é apenas que o conceito de 'morte cerebral' é

pragmaticamente necessário para sustentar a prática de salvar vidas do transplante de órgãos. Portanto, 'morte cerebral', não é um conceito biológico (...) é puramente convencional" (AZEVEDO & OTHERO, 2020, p.3)

Portanto, não passa de uma definição técnica e, sobretudo, cultural e social, pois uma construção com fins de aplicação em práticas biomédicas a partir de convenções estabelecidas como legítimas pela sociedade. Ainda assim, Bernat (2014) seguiu procurando justificar o argumento da morte cerebral do ponto de vista bioético ao considerar que o cérebro é o órgão que mantém o funcionamento do organismo como um todo. Bernat (2014, p. 5) se mantém em sua posição, afirmando que "a consciência humana é o mais exótico e inefável exemplo de tal função". Tal concepção neurológica de totalidade, na ótica de Bernat, é o que distinguirá as condições de um organismo que se sustenta com algumas funções biológicas em atividade, mas não integrativas em sua totalidade. Ele segue procurando definir o que seria essa totalidade e elenca quatro critérios: 1) a completude, não seus componentes considerados separadamente; 2) a indivisibilidade, a intrínseca unidade do corpo vivo; 3) a auto referência ou auto finalidade e 4) a identidade individual.

Se de fato o conceito de morte encefálica enquanto cessação das funções do organismo como totalidade consciente é um ganho conceitual do ponto de vista da morte biológica do cérebro e, quanto mais ainda, da parada cardio-respiratória, trata-se ainda de um juízo acerca de um evento que separa um corpo vivo de um corpo cadavérico, da definição de um momento como evento de morte. Trata-se de uma convenção necessária para que procedimentos técnicos em medicina, por um lado, e sociais, por outro, possam iniciar a serem tomados (transplantes, procedimentos funerários, dentre outros).

Azevedo e Othero (2020) questionam tal conceito de morte como um momento ou evento e discutem a morte como um processo:

quando as pessoas morrem, o que observamos não é um evento precisamente delimitado, ou um breve acontecimento completamente contido (...) mas um acontecimento biológico e social mais complexo, com início impreciso, médio e geralmente duradouro (AZEVEDO, OTHERO, 2020, p. 7)

Assim, traduz-se em uma complexa rede de acontecimentos no tempo que transcorrem no espaço do corpo do indivíduo. Os autores seguem caracterizando a morte como um processo que, em antagonismo ao conceito de evento, possui três momentos entrelaçados, mas distintos entre si: 1) o "morrendo" (*dying*) no qual o corpo se utiliza de respostas fisiológicas tentando lutar contra o iminente desligar dos seus órgãos; 2) a "morte" (*decease*) como a fase

mais saliente na qual o corpo sofre de lesões fisiológicas fatais e provavelmente irrecuperáveis, mas não absolutamente ainda um morrer irreversível devido às modernas técnicas de ressuscitação e o 3) decair (*decay*), na qual o corpo entra em seu momento de irreversibilidade com características próprias (*livor mortis, livedo, rigour mortis*). É nessa transição imprecisa, interconectada, mas definitivamente diferente, que se identificaria a morte propriamente dita (AZEVEDO & OTHERO, 2020). A morte, para os autores, se caracterizaria como um processo complexo que transcorre no tempo, de início vago, e que "não pode ser ontologicamente reduzido para uma de suas fases" (*ibid*, p. 14), mesmo que seja convencionalmente importante defini-la em um evento, afirmando que "as transformações clínicas que ocorrem no cérebro não correspondem diretamente e não implicam em qualquer mudança substancial no processo da morte como um todo" (*ibid*, p. 17).

Todavia, não penso ser tudo o que se pode ser dito acerca do morrer. Acrescentando diferentes perspectivas para o morrer como processo, existem outras reflexões sobre a necessidade de uma abordagem mais existencial da morte e do morrer: uma diferenciação entre a morte como conceito substantivo e o morrer como movimento ou fluxo que sugere o encerramento de uma existência. Morison (1971), por exemplo, amplia e aprofunda a questão do morrer, ao discutir que a morte transformou-se historicamente, através da literatura e dos aspectos míticos envolvidos, em uma "coisa", como substantivo, e está tão profunda e amplamente calcada em nossa consciência, através não só da literatura como da arte e da ciência que ele chega a afirmar que "alguns de nossos usos do termo 'morte' se inserem na definição do que Whitehead chamou de 'falácia da concretude deslocada'" (MORISON, 1971, p. 694). Para Morrison, a morte não se configura como algo "concreto", tal qual relacionada somente a uma vida biológica objetiva ou o evento de finalização de uma vida, mas uma necessidade experimental contínua do viver e do morrer, como veremos logo a seguir.

Assim, ao buscar um saber que produza outro domínio acerca do morrer é que compreendo a observação de Morison (1971) quando afirma que a falácia da concretude da morte "consiste em olhar ou usar uma abstração como se houvesse 'algo', ou, como Whitehead coloca, como uma 'simples configuração material instantânea'" (*ibid*, p. 694). Ele coloca, ainda, que nós não observamos, tampouco, "vida", pois vida não seria uma "coisa em si", e, sim experiência vital, e que, portanto, a morte não seria uma entidade que separaria o vivo do não vivo (MORISON, 1971). Nesse cenário de discussão, o autor compreende vida e

morte como um processo contínuo de complementaridade, centrado na ação de viver e de morrer, como fluxo existencial e não como entidades coisificadas: "morrer é visto como um prolongado processo que começa quanto a vida mesma começa e não se completa em qualquer organismo até a última célula cessa de converter energia" (*ibid*, p. 694). O autor complementa entendendo a morte como abstração substantiva das ações existenciais, dos fluxos próprios do viver e do morrer, ao contrapor as concepções nas quais a morte é compreendida, segundo ele como "descontinuidades artificiais no que é, essencialmente, um processo contínuo" (*ibid*, p. 694).

Como para Foucault (2000), a morte ou o processo de morrer, enquanto definições que colocam ordem e limites na concretude do que é vivo, não são dados objetivos e somente biológicos, senão que podem ser considerados como parte dos códigos fundamentais de uma cultura:

aqueles que regem sua linguagem, seus esquemas perceptivos, suas trocas, suas técnicas, seus valores, a hierarquia de suas práticas – [que] fixam, logo de entrada, para cada homem, as ordens empíricas com as quais terá que lidar. Na outra extremidade do pensamento, teorias científicas ou interpretações de filósofos explicam por que há, em geral, uma ordem (...) Mas entre estas duas regiões tão distantes reina um domínio (...) [que] libera-se o bastante para constatar que essas ordens não são talvez as únicas possíveis, nem as melhores (...) É em nome dessa ordem que os códigos de linguagem, da percepção, da prática são criticados" (FOUCAULT, 2000, p. XVI-XVII).

Nessa perspectiva codificante de uma cultura e de suas implicações científicas, reduzir a morte e o morrer para eventos biologicamente marcados não abarcaria a complexidade do tema. Segundo Balandier (1997), "a morte é parte integrante da vida, a antiorganização da organização, a desordem da ordem" (p. 85). Na esteira do pensamento das pesquisas de Maturana e Varela (1995) e dos conceitos do físico e químico belga Prigogine (1996, 2000), o viver se relaciona ao contínuo fluxo de bilhões de partículas, organizadas exatamente por sua imersão coordenada no fluxo que as mantém como fonte de ordem, "da matéria inerte à matéria viva, depois ao social (...), [uma] conversão da desordem em ordem e em aumento de complexidade" (BALANDIER, 1997, p. 57). Trata-se de:

sistemas complexos e abertos, isto na relação de troca com o mundo exterior... [da] capacidade do ser vivo de produzir, em interação com seu meio, outras formas de complexidade... um processo auto-referente onde a flutuação se torna finalmente fonte de ordem" (BALANDIER, 1997, p. 57).

Entenda-se aqui flutuação como o equilíbrio dinâmico entre ordem e desordem, vida e morte, que caracteriza as estruturas complexas auto organizadas como o viver. Em perspectiva semelhante, Margulis e Sagan (2002) afirmam:

o corpo concentra ordem. Ele se refaz continuamente. A cada cinco dias temos um novo revestimento interno do estômago. Ganhamos um novo fígado a cada dois meses. Nossa pele se repõe a cada seis semanas. A cada ano 98% dos átomos de nosso corpo são substituídos (...) [como] sinal seguro de vida.” (MARGULIS & SAGAN, 2002, p. 31).

Em outras palavras, estamos constantemente "deixando" de viver para seguir vivendo: morrendo, perdendo e produzindo estruturas. O interessante é que dado o processo dinâmico do viver e morrer, tais sistemas considerados "vivos" são estruturas de "ordem relativa onde atua o desequilíbrio" (BALANDIER 1997, p. 56) e a contínua possibilidade de morrer, em que a desordem e o caos atuam de forma produtiva na ordem, pois ordem nada mais seria que fluxo contínuo coordenado e autorreferente. Nesse eterno devir, nessa contínua ordem relativa, o sistema evolui em crises (que podem ser associadas às enfermidades). Nesses pontos, uma estrutura - que se auto organiza e vive um processo evolutivo junto ao meio - a depender dessa história de inter relações, pode passar por uma "crise" evolutiva e, então, se desequilibrar, perder sua capacidade de auto organização temporária (no adoecer, por exemplo) ou definitivamente (no morrer).

Penso ser essencial que tal discussão orbite em torno do morrer como um movimento paradoxalmente vital, pois significa a permanente transmutação do vivo. Um processo do qual não há como fugir. Ao contrário, é um processo necessário na medida que, simbolicamente, pode representar aspectos de transformação do sujeito, mesmo em vida, processos que convivem com a existência do sujeito ao longo da sua existência e contribui para a compreensão de si e do outro. A morte não é "algo" concreto e substantivo ou evento único que separa a vida da não vida. A morte pode ser considerada como constitutiva do viver e estabelecer rituais de entendimento do morrer pode ser ilustrativo de uma relação reflexiva sobre a vida vivida até então.

O mesmo poderia ser para o entendimento da relação doença e adoecer: doença não seria "algo" ou "coisa" que nos ataca, mas processo existencial de transformações e resignificação existencial. Assim a estrutura viva, ao passar por um “ponto de bifurcação” de sua vida, pode também adquirir outros modos de se auto organizar e passar para outro momento de complexidade em que se mantém estruturada e em processo de "vida". Nas

palavras de Balandier (1997, p. 56), "os pontos de bifurcação são pontos de instabilidade de um sistema [complexo]: uma perturbação, muito fraca no início, é suficiente para impor sucessivamente um novo comportamento macroscópico". Com tal discussão, pretendo abrir possibilidades para outras práticas em medicina que são integrativas e concebem o corpo como processo existencial que se forma e deforma para se reformar em um processo recursivo de individuação permanente. Me leva a pensar sobre as enfermidades, nas quais as suscetibilidades existenciais, que muitas vezes podem ser discretas no modo existencial do sujeito e ocorrem em qualquer domínio de sua vida corporal e psíquica, cumprindo papel significante no desenvolvimento dos sintomas.

Nesse cenário, o porquê da gravidade das doenças dependeria da história de relações das corporeidades que as vivem. O tratamento de enfermidades pode ser pensado como reterritorializações de modos existenciais que se individualizam. Adoecer e morrer podem ser considerados como devires existenciais que transcorrem durante o viver e não somente um processo de final de vida, muito menos um evento simplesmente orgânico, mas profundamente imbricado às condições ambientais de cada viver. Balandier (1997) descreve que, nas condições ambientais, "o papel organizador do acaso [caos] deve ser entendido a partir da percepção da história desses seres naturais" (*ibid*, p. 57), no sentido da formação de "uma nova ordem, da passagem para uma complexidade maior. Essa é a afirmação da autonomia do sistema, capaz de criar a ordem (organização) e o sentido para si mesmo e por ele mesmo" (*ibid*, p. 58). Uma enfermidade, se considerada desse ponto de vista, pode ser vivida como experiência criativa, capaz de ser considerada como um aprendizado individualizante e não somente como destruidora de vitalidade, mesmo que seja sentida como sofrimento pelo sujeito. E a morte, como uma necessidade diária para que se possa reviver diariamente, uma necessidade para poder ressignificar dores e sofrimentos, para que o sujeito se capacite para se reterritorializar em patamares existenciais ainda não vividos.

Saúde e adoecimento, viver e morrer, são condições de um corpo que se constitui nos fluxos autopoiéticos, nos quais se individualizam movimentos vitais e existenciais, num permanente devir no qual flutuam ordem e desordem, desde o limite da abertura para o mundo, sua conservação existencial e até o limite da desintegração da matéria corporal. Poderíamos considerar enfermidade como momentos de desorganização, "mortes parciais" de um corpo que evolui e se supera, que faz emergir fluxos vitais mais complexos e que podem

sinalizar outro sentido para si do que aquele que o trouxe para a enfermidade. Desse modo, a enfermidade se apresentaria como crise na relação de acoplamento autopoiético do corpo com o meio, de acordo com as transformações nos fluxos de sua rede molecular, e de como o sujeito percebe em seu modo cognitivo de falar de si o seu viver:

é de um lado, uma pane, à qual se liga o problema de sua percepção, da tomada de consciência daquilo que é 'em si' e daquilo que é 'para' um sujeito (...) [por outro lado] a crise é relacionada ao movimento (...) de proceder uma recombinação da ordem e da desordem, uma correta utilização do 'caos' (...) a transformação do improvável em provável, de estabelecer as estruturas relativamente estáveis sobre uma plataforma móvel. É a exasperação da forma de existência [do sujeito e] do social, e não sua doença [biológica]" (BALANDIER, 1997, p 83).

Do mesmo modo que a ordem contém o caos e que o caos contém a ordem, vida contém a morte e vice-e-versa. O morrer implica no viver e o viver implica no morrer em um *continuum* de espaço-tempo corporal e psíquico que se individualizam. Paradoxalmente vivemos porque estamos a morrer durante nossos processos vitais em todos os momentos do viver. É nesse contexto que discuto o corpo como processo.

5.2 A individuação como processo de interconexões

Para que possamos entrar na discussão nos processos de individuação de uma corporeidade subjetivada, também é importante argumentar que, principalmente, a partir do sofrimento ou da percepção de algo “errado”, motivo pelo qual nossa intersecção com o mundo não é vivida com a mesma sensação de bem estar, é que prestamos mais atenção ao corpo e suas sensações. A compreensão do sofrimento pode proporcionar elementos para a reflexão de quem somos e para a auto transformação. Sem dúvida que, hoje em dia, há toda uma política de cuidado com o corpo, exames de rotina, check up preventivo, exercícios regulares, advertências à hábitos, como por exemplo, o tabagismo ou modos alimentares, no âmbito de uma bioascese³¹. No entanto, é no sofrer que percebemos que algo nos perturba, altera nossa experiência sensorial e/ou corporal e nos mobiliza em busca de alguma solução. “‘Eu’ tenho um corpo que sofre” é a experiência de individuação que mais nos atormenta. Nesse sentido, penso que a enfermidade, enquanto uma vivência possível de se praticar um

³¹No entendimento de Francisco Ortega (2003, p. 28), “se as práticas ascéticas da Antiguidade visavam a liberdade da vontade, nas modernas bio-asceses, a vontade não está a serviço da liberdade; é uma vontade ressentida, serva da ciência, da causalidade, da previsão e da necessidade, que constringe a liberdade de criação e anula a espontaneidade. Ela está submetida à lógica da fabricação, do homo faber, matriz das bio-identidades. O resultado é a constituição do *homo medicus* (...) A vontade na bio-ascese se define mediante critérios reducionistas, fisicalistas, materiais, e corporais.”

movimento de individuação, emerge e está além da correção biológica: passa por uma ressignificação do viver, relacionada "menos a uma passividade dolorosa do que ao que é 'experimentado'" (PELBART, 2013, p. 37).

Se na biomedicina o sujeito fica, de certa forma, à mercê do saber do especialista, Pelbart (2013) parece sugerir que produzir técnicas terapêuticas baseadas no que é experimentado pela corporeidade pode proporcionar outras alternativas do que a passividade do sofrimento. Desse ponto de vista, o "sofrer" como experiência poderia colocar uma dimensão ativa e positiva de transformação do sujeito perante o que sente. Pelbart (2013) fala de um "ser pático (...) passível de experimentar dor ou prazer (...) poder de ser afetado, de mudar de estado, de transir" (*ibid*, p. 37) ao falar da enfermidade como um acontecimento experimentado na vida de uma pessoa, com potencial de transição existencial e de novas possibilidades de individuação, do que um erro material/molecular ou de um *deficit* estrutural. Equivale "a sofrer, experimentar, com todas as modulações singulares aí implicadas (...) [na qual] se acentua e se eleva a uma potência exclusiva: é o momento da 'crise'" (*ibid*, p. 37).

Segundo o autor, a "crise" seria quando as transformações são possíveis, em que se pode encarar a verdade de si, que se cruzam e se abrem as possibilidades em curso para novas territorialidades, novas individuações, nas quais se revelam as forças em jogo e facultam ao sujeito novas decisões e caminhos. Para Pelbart (2013), a "doença aparece, desse modo, como um trabalho de reconstrução, uma nova relação com a vida. A abordagem pática deve ter essa dimensão flutuante e flexível, desprovida de julgamento de valor ou de normatividade" (*ibid*, p. 37-38). Se enfermidade pode ser o prenúncio do "morrer", ao mesmo tempo pode ser o prenúncio do renascer na própria vida, ressignificando toda a experiência do adoecer em novas relações existenciais.

No universo de produção de subjetividades sob o biopoder neoliberal, através das práticas biomédicas como um dos fatores de composição da noção de um "eu", o sujeito e seu corpo emergem como intersecção de forças que o controlam e disciplinam em procedimentos de sujeição e na produção da noção de indivíduo. A crítica à existência de um "eu" inato, vinculado e fixado em um corpo, é estratégica para poder pensar alternativas na visão do corpo.

No âmbito dessa crítica, segundo Frédéric Gros (2006), a distinção do "eu" ocorre como uma "dobra dos processos de subjetivação sobre os procedimentos de sujeição" (p.

637). Precisamos rever o que pensamos ser um “eu” que sofre ou adocece a partir de uma naturalização do “eu” e do “corpo objetivo”, para pensar outro sentido: compreender nossa corporalidade enquanto uma incorporação de aspectos e efeitos históricos, coletivos e singulares que constituem nosso viver, na busca de um plano de fuga para ressignificar a existência.

No caso da produção de subjetividade neoliberal, segundo Rose (2001), incorpora-se a perspectiva de um organismo biológico e de uma psiquê naturalizada em domínios disjuntivos de existência. Contudo, a percepção subjetiva de um “eu” pode ser pensada diferente, como, por exemplo, decorrente de atravessamentos coletivos e individuais de efeitos que constituem os movimentos de individuação, que se conservam enquanto se transformam, ao invés de um “eu” essencializado como “meu”. Não só um "eu" psíquico como também um "eu" corporal. Na busca da desconstrução desse “eu” essencializado e pertencente ao corpo de um indivíduo, a subjetividade corporalizada existencial e de intensidades é pensada como processos de se fazer, no corpo, uma percepção de identidade que se individua, de dobra e subjetivação dos acontecimentos existenciais que vão constituindo um "eu" no corpo da experiência, na ação do viver nossa corporalidade. Aqui, a ação de viver é a força que produz a corporeidade de um “eu”. Em outras palavras, não haveria corpo e subjetividade inatos do indivíduo, somente produção de si através dos atravessamentos e agenciamentos existenciais por que passa o indivíduo.

Tal experiência de corporalidade e de percepção do corpo que produzimos sobre nós mesmos ao viver, constitui subjetivamente uma percepção de si. Rose acrescenta que “o lado de dentro, o subjetivo, é, ele próprio, não mais que um momento ou uma série de momentos, por meio do qual uma ‘profundidade’ foi constituída no ser humano” (ROSE, 2001, p. 179). O sujeito, assim como o corpo, seriam, nessa relação consigo e com os outros, um dobramento de suas experiências que produzem efeitos de subjetivação e, tais efeitos, a percepção existencial de um “eu” corporalizado. Desse ponto de vista, não haveria um “eu” preexistente com uma estrutura psicológica inata ou uma corporeidade naturalizada, mas um espaço de experiência em que se constitui uma percepção de individualidade gerada através da incorporação das relações vividas nos diversos papéis que se acumulam na família e na sociedade. Nossa corporeidade também se constituiria nesse movimento de intensidades existenciais. Não em termos de descobertas de um íntimo oculto, mas em termos de se pensar

novos dobramentos de si em novas relações de convivência, efeitos de um contínuo fluxo na construção de si.

Na produção de corporeidades existenciais que se individualizam, Simondon (2020) menciona que não há indivíduo inato, pois este pressupõe que haja elementos pré-formados na sua constituição. Ao contrário, para constituição de uma singularidade corporal e psíquica, ele propõe que há processos de individuação ininterruptos cuja experiência gera uma percepção e/ou ilusão de individualidade. Assim ele define a produção de corpos individualizados:

O verdadeiro princípio de individuação é a própria gênese se operando, isto é, o sistema devindo enquanto a energia se atualiza. O verdadeiro princípio de individuação não pode ser buscado naquilo que existe antes da individuação produzir-se, nem naquilo que permanece depois que a individuação está cumprida; é o sistema energético que é individuante, na medida que realiza em si (...) a matéria tomando forma (SIMONDON, 2020, p. 53).

Importante analisar essa definição de Simondon (2020). Em primeiro lugar, qualquer elemento que se individualiza, desde a moldagem de um rochedo ou de uma obra de arte até o ser vivo, ele o faz mediante trocas e conservação de energia em entrelaçamento com o meio, como qualquer estrutura que se auto organiza. Em segundo, particularmente nos objetos individualizados sem vida autônoma, nada mais há do que movimento e fluxo de individuação contínuo que assegura uma percepção de passagem na unidade do tempo: “o princípio da individuação é uma operação” (SIMONDON 2020, p. 53) continua que o diferencia, progressivamente no tempo, da massa informe. Todavia, em terceiro lugar, se para os elementos materiais isso pode ser suficiente, para o “ser vivo, a individuação não é produzida por uma única operação, confinada no tempo; para si mesmo, o ser vivo é parcialmente seu próprio princípio de individuação; ele continua sua individuação” (*ibid*, p. 54) de forma contínua no presente, tornando o fluxo individuante do vivo um movimento ininterrupto de um devir que se produz, um *continuum*; “ele é, ao mesmo tempo, sistema individuante e resultado parcial da individuação” (*ibid*, 2020, p. 55).

Simondon (2020) não argumenta somente a respeito de um tipo de individuação do domínio subjetivo. Ao incluir a subjetividade, inclui também os corpos físicos que se constituem em relação ao meio:

O princípio de individuação não é uma realidade isolada, localizada em si mesma, preexistindo ao indivíduo como um germe já individualizado do indivíduo (...) é o sistema completo no qual se opera a gênese do indivíduo (...) sob a forma de um meio associado ao indivíduo, no qual a individuação continua a operar; que, assim, a vida é

uma individuação perpetuada, uma individuação continuada através do tempo, prolongando uma singularidade (SIMONDON, 2020, p. 78).

A individuação, conforme a tese do filósofo francês, além de se processar como um movimento contínuo e incessante de auto formação, produz a originalidade dos corpos e do sujeito que pratica esse seu viver. Os corpos seriam como estados que não se limitam ao momento em que estão, apesar da individuação ocorrer a cada momento do presente, mas em metaestados nos quais sempre estariam em um desenlace de si mesmos: um “indivíduo devém a [sua] solução através das sucessivas montagens de estruturas e funções” (SIMONDON, 2020, p. 304) implicadas nas atividades em rede de suas estruturas produzidas por si em seu viver. É o corpo que se produz em sua rede estrutural, ao viver a vida como produto de sua atividade, coconstituído com o meio do qual emerge como unidade singular.

“O que devém boa forma é aquilo que, do indivíduo, ainda não está individuado” (SIMONDON, 2020, p. 305), seja, na estrutura corporal ou na subjetividade individuados como metaestados, sua forma opera entrelaçada em um funcionamento sobre si mesmo. Assim, não há princípios dados e inatos em um sistema vivente, mas uma gênese de si mesmo em uma produção permanente e sucessiva de padrões de si mesmo, ao mesmo tempo que se conservam e se transformam. De acordo com Simondon (2020), “o psíquico, nesse sentido, é vital, e também verdadeiro que o vital é psíquico, mas à condição de entender por psíquico a atividade de construção de sistemas de integração” (*ibid*, p. 310), nos quais os componentes orgânicos (órgãos e moléculas) ganham sentido àquele corpo, em especial, principalmente, na experiência de sua singularidade.

Nesse campo de reflexões, ele discute o problema do nexos entre consciência e indivíduo, com o sujeito operando no mundo e produzindo cortes cognitivos. Segrega e recorta informações que produz acerca de uma totalidade, em função de seu operar corporal nesse mundo, ao mesmo tempo que opera movimentos de individuação em si mesmo. Para ele, “o psiquismo não é nem pura interioridade, nem pura exterioridade, mas permanente diferenciação e integração” (SIMONDON, 2020, p. 366) de uma prática de ações que executa e distingue no mundo. Há individuações em múltiplos domínios: na percepção de outros semelhantes, na atividade social e produtiva, através de sua ação construtiva de seus papéis na sociedade, nas relações de poder que efetua e que é submetido, enfim, nos movimentos de incisão na tecitura do mundo que faz emergir, para si e para os outros, em seu exercício vital.

Concorre para a individuação o conjunto de fluxos de constituição de si que incluem a afetividade e as emoções. Conforme Simondon (2020), existe uma ação do sujeito que se individua em um devir permanente alicerçado em estratos psíquicos que não são racionais; são de outros domínios de significância: “é a capacidade de ação do sujeito nas montagens da ação quase não apreendidas pela consciência clara” (*ibid*, p. 368) em disposições corporais não conscientes ou parcialmente conscientes. Ou seja, se considerarmos um falar de si no processo de individuação, se pressupõe não só a consciência de seu movimento ininterrupto e inacabado de si, como também a percepção em torno do que o afeta, de como se sente na sensorialidade que produz e o afeta e da emotividade que desperta como movimentos cognitivos pré-verbais e não-ditos.

A emotividade participa de nossa animalidade de relação. Negá-la significaria que estamos segregando a animalidade de nós mesmos. Nossa animalidade se movimenta em como somos afetados e em como produzimos emoções, envoltas em relações amorosas, de ódio, de medo, de ressentimento, desamparo e abandono, entre outras, tanto com relação ao semelhante como consigo mesmo e que fornecem efeitos para os processos de individuação corporal e psíquica que acontecem no tempo. Assim considerando, a emoção não é simplesmente uma afetação de perturbações provocadas pelo meio, senão produtos de uma ação de individuação e, portanto, “uma transformação” (SIMONDON, 2020, p.375) para modalizar nossa convivência. De acordo com Simondon, o sujeito corporificado se produz através do que chama de individuação em diversos domínios: corporal, cognitivo e emocional. O corpo que visualiza é de um sujeito sempre em vias de ser aquilo que foi e que será, na intersecção desse fluxo de vir-a-ser em um tipo de metaestabilidade dinâmica que se produz.

Destaco que já não estamos mais discutindo um corpo estratificado em estruturas orgânicas ou moleculares que lhe são inatas ou de um corpo que se possa mapear sua atividade em rotas fisiopatológicas, mas de um corpo de intensidades, que se perpetua no tempo através da produção de si nos dinamismos de um não equilíbrio, em fluxos estáveis que se conservam, ao mesmo tempo que se transformam. Penso que essa estabilidade é discreta, suave, dinâmica, processual e alicerçada na atividade de contínua transformação e conservação do vivente, enquanto fluxos e processos dinâmicos que vão se estruturando e se modificando, sem perder a identidade ao longo de cada história singular. Parte de um princípio de que nada somos, estamos sendo.

O que chamamos de um “eu” ou de um “corpo que temos”, só existe na relação com o outro, nos espaços psíquicos que o definem ao ser incorporado pelo sujeito. Trata-se de uma constituição de subjetividade corporal especificada no movimento e na ação, ou seja, sua própria atividade o configura, sendo incorporado. Em outras palavras, ainda, nossos processos de subjetivação pelos quais atribuímos alguma identidade não se escondem em recintos ocultos a serem desvendados em uma estrutura psíquica, não os possuímos, mas participam da vida de relação em espaços psíquicos coletivos e individuantes, em permanentes fluxos de produção de nós mesmos, tendo como plano de fundo nossas emoções e em como somos afetados. As emoções modulam nossa atividade constantemente e de modo automático. Considerar as emoções como elementos constitutivos de nossa estrutura corporal é um passo para a compreensão de um corpo de intensidades, pois através delas é que atribuímos significado singular e existencial ao que sentimos na experiência do corpo e possibilita transformar o que sentimos, abrindo possibilidades éticas de novas reterritorializações para nossas ações no mundo.

5.3 Reflexões sobre as emoções no contexto do corpo existencial de intensidades

É através dos sentidos, meios e instrumentos de afetação e ação no mundo, que nós, seres humanos, estabelecemos agenciamentos enquanto modos de se coconstituir e sentir, imbricados em um meio que produzimos constantemente e dele sofremos perturbações. Nesse contexto, a produção de um modo explicativo alternativo ao biológico para sintomas de uma enfermidade pode emergir a partir das modificações percebidas em si, das sensações e dos sentidos, nas esferas de uma corporeidade que age no mundo e distinguida no linguajar: uma digestão lenta, sensações abdominais múltiplas (ansiedade, angústia, de algo vivo no ventre, flatulência, dores que irradiam para baixo como se tivesse tudo caindo, ou que atravessam o abdômen para trás como perfurante, tremores internos não vistos mas vividos pelo sujeito). Chamo atenção a alguns sintomas do abdômen para exemplificar a riqueza das sensações e da sensorialidade vivida pelo sujeito que vive sua enfermidade. São percepções de si que, muitas vezes, não possuem explicação fisiopatológica, os exames clínicos ou de imagem não demonstram alteração orgânica, mas não significam a ausência de sofrimento. Para a biomedicina, são sintomas inespecíficos. Seu campo de ação terapêutica tende a se pautar pela lesão do órgão ou seu funcionamento alterado confirmado nos exames. Para a perspectiva de um corpo de intensidades a enfermidade está na experiência do sujeito na ação corpórea de

sua atividade existencial. O modo de como o sujeito expressa seus sintomas pode ser significante de seu modo de adoecer.

Ou seja, percebe-se que há conhecimento da região abdominal e que nela se localizam órgãos, mas a dimensão que interessa, nesse caso, não é a do organismo, mas das intensidades vividas pelo sujeito. Além disso, as sensações abdominais, quaisquer delas, podem estar relacionadas à ingestão de açúcares, ou de gorduras, ou temperados, ou tipos de bebidas (álcool, café, leite, etc.), produzindo diferentes acoplamentos e agenciamentos percebidos como sofrimentos. Tais sofrimentos, invariavelmente, são acompanhados de condições emocionais que necessitam ser externadas pelo enfermo enquanto condições únicas e singulares, pois cada um sente conforme sua historicidade, associadas ao processo como um todo (medo de morrer, medos antecipatórios, ansiedade, ódio, raiva, asco, entre outros, por exemplo). Eventualmente, se surgido do relato espontâneo do sujeito, um transtorno abdominal pode advir depois de uma decepção ou de uma contenção de emoções, tais como a raiva. Como a biomedicina não possui tecnologia para considerar tal imbricamento corpo/psiquismo, não são valorizadas na sua semiologia. Somente os sintomas relacionados à patologia são considerados, pois então há toda uma indústria e tecnologias envolvidas nesse ato diagnóstico e terapêutico. No entanto, são, todos tipos de relatos, com ou sem explicação fisiopatológica, potências dos sentidos vividas e experimentadas pelos sujeitos, emoções enquanto intensidades que podem se tornar referências para se estabelecer uma tecnologia de cuidado do corpo existencial em qualquer domínio da corporeidade.

Não é demais reiterar o argumento de que os sentidos sensoriais, enquanto agenciamentos de ação da corporeidade, não ocorrem como fenômenos puramente biológicos – tal qual oferece a noção biomédica relacionada a patologias, como por exemplo a doença péptica ou a síndrome do cólon irritável ou ainda síndromes de má absorção - mas implicados e imbricados às emoções e aos sentimentos no existir de cada um. São as emoções que oferecem uma qualidade peculiar ao que os sentidos nos fazem sentir quando perturbados pelo meio. E não são emoções inatas, mas emoções que se produziram nas experiências do sujeito no seu devir histórico, produzindo sua subjetividade corporificada e singular.

A historicidade das emoções modalizam, fazem emergir, de modo mais evidente, os sentidos nas singularidades de cada um e remetem às experiências da vida. Interconectam-se como rizoma existencial com suas múltiplas entradas e manifestações que se singularizam no

sujeito que fala de si. Conectar as emoções ao sentir qualquer sensação sensorial alterada, na livre associação que emerge do falar do sujeito acerca de cada experiência vital, mesmo que não haja qualquer referência a um processo fisiológico subentendido e explicativo, torna-se essencial para se perceber a corporeidade intensiva nesse “ser exposto à emoção (...) um ato de honestidade (...) [que] se nega a mentir [ou omitir, consciente ou não] sobre o que sente, se nega a fazer de conta (...) há mesmo muita coragem nesse ato de mostrar sua emoção” (DIDI-HUBERMAN, 2016, p. 19). Falar das emoções implica na prática da *parrhesia*, o falar de si verdadeiro, essencial no criar condições para ressignificar seu sofrer.

O gesto, o sofrer, o falar, a percepção sensorial e emocional do órgão acometido, suas intensidades, modalidades sentidas, as singularidades da forma de adoecer como forma de viver uma situação desfavorável à vida, as emoções envolvidas nesse processo, são agenciamentos rizomáticos nos quais micropoderes emergem possibilitando uma ressignificação do saber sobre si. Por isso estimular o linguajar próprio do sujeito no que sente e produzir uma tecnologia do cuidado para a inclusão desse linguajar. Saber falar de si, nesse contexto, tem potencial transformador, de produzir uma linha de fuga para se reterritorializar em outros patamares para um auto cuidado consciente de si e das relações que estabelece no papel que produz em seu viver: “as emoções, uma vez que moções, movimentos e comoções, são também transformações daqueles e daquelas que se emocionam” (DIDI-HUBERMAN, 106, p. 38).

Noutra perspectiva, há maus usos da emoção. Podemos argumentar que, se as emoções são constitutivas das individuações que vão conformando o corpo em seu devir histórico, quando atrapalhadas, reprimidas, não manifestadas, acumuladas, enfim, mal usadas, percebe-se que a questão toda está numa questão política e social considerável, na qual não se valoriza o sentir, em sua forma mais ampla na história de adoecimento do sujeito: o sentimento pouco ou nada tem a ver com a patologia. Mas sujeitos adoecem sentindo, fazendo uso de suas emoções de modo a sofrer, configurando corporeidades que no futuro adoecem. As relações desses processos, fluxos e movimentos é a proposta do corpo existencial. No “mau uso” da emoção, o sujeito obseda sua prática, sofre, produz uma corporeidade de sofrimento. A sociedade de controle vigente, a sujeição e servidão a que somos bombardeados a todo momento, subjetivam-nos com emoções, as quais somos levados a sentir e produzir,

em nós mesmos, uma posição de sujeição e, principalmente, de servidão maquínica, fonte inequívoca de adoecimentos.

Para Le Breton (2009), o sujeito está não só sensorialmente mas também emocionalmente no mundo:

A existência é um fio contínuo de sentimentos mais ou menos vivos ou difusos, os quais podem mudar e contradizer-se com o passar do tempo e de acordo com as circunstâncias. A tonalidade psicológica desses últimos pode vir acompanhada de alterações viscerais e musculares, de mudanças de olhar sobre o mundo ou ressonâncias significativas na relação com os outros (LE BRETON, 2009, p. 111).

Portanto, a própria atividade de pensar está implicada no contexto emocional e opor a razão à emoção “seria desconhecer que ambas estão inscritas no seio de lógicas pessoais” (p. 112) e que podem trazer conformações na corporeidade, na saúde ou na enfermidade, que falam da história vivida pelo sujeito.

Emoções são linguagens do corpo e da atividade do sujeito no mundo. Modalizam as formas de suas relações que orientam a constituição de sua corporeidade. Se mostram como “definição sensível do acontecimento tal como vive o indivíduo, a tradução existencial imediata e íntima de um valor confrontado com o mundo” (LE BRETON, 2009, p. 118). Se assim são as emoções, como não as incluir em uma visão global, intensiva e integrada de enfermidade?

As emoções não possuem realidade física. São fluxos e manifestações de intensidades não mensuráveis e nem por isso deveriam ser desprezadas na avaliação daquilo que pode gerar enfermidade no sujeito. Emoções não se fundam em uma fisiologia anônima e indiferente. Ao contrário, são movimentos pessoais e singulares. Elas se imbricam às forças do momento, às histórias e às memórias que carregamos da vivência que, literalmente, podem marcar nossa corporeidade, nossos órgãos, nossas dores e sensações. São matéria viva. Realçam a fluidez e a maleabilidade da experiência corporal. Se traduzem em manifestações que são eminentemente da ordem do não-dito, de reações automáticas do inconsciente desejanste, mas que permeiam e produzem efeito no que é pensado, vivido e produzido em nossos corpos. Sua revelação nem sempre é evidente e perfeitamente transparente: se esconde, se repete no tempo, se alastra no viver, congela atitudes ou as transforma, produz corporeidades que adoecem ou se transformam. Codificam e decodificam nossa atuação no

meio através de gestos, mímicas, tonalidades vocais, mudança de coloração da pele e das feições do rosto.

A rigor, as emoções não possuem realidade física. São fluxos e manifestações de intensidades não mensuráveis e nem por isso deveriam ser desprezadas na avaliação daquilo que pode gerar enfermidade no sujeito. Emoções não se fundam em uma fisiologia anônima e indiferente. Ao contrário, são movimentos pessoais e singulares.. O modo como a exprimimos, ao contrário da biologia naturalista, é sempre contextualizado cultural e individualmente. Entre os japoneses, o sorriso pode ser demonstração de raiva (LE BRETON, 2009). A capacidade de chorar é humana, “mas quando, como, onde e diante de quem? De repente isso se torna uma história cultural” (DIDI-HUBERMAN, 2016, p. 59) ou ainda da experiência singular do sujeito em sua história de relações íntimas.

Portanto, a expressão de emoções tem seu viés cultural e expressam as relações sociais e os fluxos que se constituíram historicamente, permeadas pelas experiências singulares do sujeito. Enquanto ações de um sujeito que se corporifica ao viver, as emoções oferecem intensidades no caminho de encontro ao mundo “um movimento para fora de si: ao mesmo tempo ‘em mim’ (mas sendo algo tão profundo que foge à razão) e fora de mim” (DIDI-HUBERMAN, 2016, p. 28). Em outras palavras, são linhas de fuga que se desterritorializam e deslocam o sujeito na sua ação no mundo. As emoções “nos ‘possuem’, mas nós não as ‘possuímos’ por inteiro” (*ibid*, p. 28). A emoção é fruto de agenciamentos que constituem a corporificação do sujeito e, no caso do sofrimento, podem gerar a corporificação da enfermidade em suas características existenciais.

Todavia, há alguns entraves para as narrativas das emoções, pois seu principal atributo, mesmo que estejamos treinados em falar sobre elas, seja em processos terapêuticos ou em conversas entre familiares e amigos, é serem da ordem do não-dito, não racionais e, frequentemente, gerados por nosso inconsciente. “São [eventos] polissêmicos e se revelam mais ambíguos do que a linguagem articulada” (LE BRETON, 2009, p. 51), mas nem por isso menos importantes na conformação do viver nossa corporeidade neste mundo.

Muitas vezes a emoção emerge nos atos falhos, nas mímicas, no gesto, na alteração do batimento cardíaco, na apreensão abdominal, na reação de medo, raiva ou tristeza, nas enxaquecas, na incontrolável percepção das dores. Emerge um modo de apreensão do mundo de relações não-lógicas, todavia, existenciais como um acontecimento, um saber não lógico e

não significante do ponto de vista racional, mas nem por isso menos verdadeiro na experiência do sujeito. Aqui vale a máxima: só o sujeito sabe a dor que tem e a emoção que a envolve.

O encadeamento agenciado e sucessivo de emoções em uma existência singular “depende do significado conferido aos acontecimentos” (LE BRETON, 2009, p. 125) que permeiam a experiência existencial do sujeito. Zourabichvili (2020) traz a ideia do afetar-se emocionalmente em uma ontologia do processo que “só conhece devires” (*ibid*, p. 31) naquilo que deve ser compreendido, no qual toda a percepção se conecta em um sentido e com o devir enquanto a verdade histórica vivida. Daí a singularidade do “acontecimento”, não qualquer um, mas aquele *acontecimento* a partir da experiência vivida que se incorpora ao sujeito. É a emoção que permite. De qualquer forma, importa perceber as emoções como atitudes e formas de viver com relação ao que se produz na vida, como ação de sua corporeidade, que se individua de acordo com o vivido emocionalmente.

Le Breton (2009) desenvolve uma crítica da razão naturalista no estudo das emoções. Emoção não é uma substância ou um caminho fisiológico, é uma experimentação intensiva do corpo, conforma-o, constitui suas partes, modaliza a vida e molda o sujeito, seu corpo de intensidades, gerando realidades existenciais. Assim define o acontecimento das emoções:

emoções acontecem “num indivíduo preciso, numa situação social e numa relação particular ao evento. A emoção é ao mesmo tempo avaliação, interpretação, expressão, significado, relação e regulamento do intercâmbio. Ela se modifica de acordo com os públicos e com o contexto. De acordo com a singularidade pessoal, ela varia em intensidade e nas formas de manifestação. A tonalidade afetiva da relação com o mundo é sempre simultaneamente a relação com os outros, a qual se simboliza através dos vínculos sociais, implicando as modulações introduzidas pelos demais e, portanto, uma atividade pensante (LE BRETON, 2009, p. 210).

Emoção e ser afetado são temas importantes em nossa discussão. Se referem a formas de viver que não são somente do domínio racional: geram e são geradas em contextos existenciais infrapessoais, não-ditos, assignificantes, agenciamentos inconscientes com o mundo. Moldam nossos corpos existenciais. Segundo Rose (2001, p. 166), a “subjetivação (...) não é um produto nem da psique nem da linguagem, mas de um agenciamento heterogêneo de corpos, vocabulários, julgamentos, técnicas, inscrições e práticas”. Assim, o emocionar e o falar de si no campo das emoções pode permitir produzir saberes médicos que as incluam como fenômeno integrado ao sofrer do corpo/mente e na visão de constituição corporal de intensidades. Não se trata de dizer que um causa o outro, ao contrário, é procurar

respeitar os agenciamentos da existência rizomática do sujeito que age no mundo, emocional e racionalmente, através do corpo que se lança ao mundo, na sua forma de adoecer implicada em sua forma de viver. Perceber cartografias existenciais que se territorializam e, por meio de linhas de fuga, precisam se desterritorializar por sofrimento do sujeito, que tal desterritorialização só pode ser concebida dentro de um universo integrativo do cuidado e de uma concepção de (des) sujeição das emoções até então vividas. Ao produzirem sofrimento, as emoções são ações de conduta infrapessoal, quase automática, do universo da linguagem não verbal e desejante do sujeito com o mundo e suas relações que podem se corporalizar na enfermidade física. Então, emoções não são aqui consideradas somente como parte de um inconsciente oculto, subjetivo e pessoal do sujeito, mas como condutas modalizadoras da ação produtiva de sua corporeidade no mundo. Os órgãos, nesse cenário, são expressões intensivas de uma percepção de si tanto nas emoções como nas manifestações corporais: são ambas faces do sujeito desejante.

5.4 O desejo e o sensível como expressões constitutivas de intensidades do corpo existencial

No senso geral, o desejo frequentemente se refere a algum tipo de “falta”, “carência” ou satisfação de uma “necessidade”. Quando desejamos algo é porque “falta” ou porque “precisa”. Essa visão do desejo nos impulsiona e produz a ilusão de um tipo de realização de nossa existência calcada na sensação de incompletude, nas verdades de fora do sujeito e que precisam ser continuamente buscadas e raramente conquistadas. Essa é a estratégia neoliberal do empreendedor que nunca se realiza em função do desejo, de que sempre falta algo, o eterno devedor neoliberal. Não há prazer verdadeiro, realizado, contentamento, mas somente desejo inacabado.

Desse modo, segundo Lazzarato (2014), os desejos têm função no biopoder. São voltados principalmente a demandas externas, como a de um mercado de consumo (de coisas, de corpos, de necessidades materiais e emocionais forjadas pelo capital, etc.). Exercem um poder de comando que penetra em nossa subjetividade. Para que isso aconteça, os desejos são subjetivados socialmente a mecanismos de sujeição e servidão em âmbitos não conscientes. Na sujeição, “fabrica um sujeito vinculado a um objeto externo (uma máquina, dispositivos de comunicação, dinheiro, serviços) (...) em contrapartida, na servidão maquínica, [o sujeito] é considerado uma engrenagem, uma roda dentada, uma parte componente” (*ibid*, p. 28-29).

Submetidos ao desejo da falta, nos transformamos em produtores do sistema geral em que estamos agenciados, através da construção inconsciente e cultural de papéis sociais, familiares e das relações que produz consigo mesmo.

Na sujeição e servidão maquínicas, o desejo subjogado ao mercado é a força motriz de relações de assujeitamento não transformador e produzem efeitos de poder implicados entre si na construção do sujeito. Na biomedicina, por exemplo, se estivermos vivendo uma situação de doença, na perspectiva biomédica, estaremos sujeitados à disciplina e controle do corpo nos espaços hospitalares e, no caso da servidão seremos, ao mesmo tempo, engrenagens da “máquina biomédica” na servidão, automática e inconsciente, quando, no caso das mesmas práticas de cuidado biomédico, acharmos natural chegar em frente ao médico e não quisermos falar de si, bastando algumas palavras e enfatizando o conjunto de exames de laboratório e/ou imagem como reveladores do sofrimento. Trata-se de uma relação em que já nos sujeitamos a um tipo de serviço, o de saúde, mas sobretudo nos encontramos servís, sem sequer refletir sobre isso, naturalizando tal comportamento. Tudo em função do desejo produzido em torno da questão da saúde biomédica.

Em outras palavras, essa conduta desejante dos sistemas vivos e, em particular dos humanos, de acordo com Lazzarato (2014), ocorre em dois domínios: um significativo, mais relacionado à sujeição, em meio a enunciados cujos efeitos de relações de poder tornam-se elementos da vida social consciente e outro relacionado à servidão, que é “automático” e inconsciente, não depende da razão e de sistemas significantes, com efeitos coletivos e individuais. O primeiro faz parte do universo da razão e por ela pode ser discutido. Já o segundo pertence ao universo inconsciente das emoções propriamente ditas, no qual seria preciso outro falar de si.

Os fluxos inconscientes são processos cujo efeito é a conservação do viver individual e coletivo no âmbito das modalizações emocionais e das sensações mais imediatas de encontro ao mundo. Trata-se de um fluxo permanente e intensivo da efetivação do processo vital, pura atividade contínua e indistinta, no qual se produz recortes *não conscientes* para a distinção e registro *consciente* de um mundo que nos afeta e gera comportamentos e emoções, de modo espontâneo, incorporados como experiências individuais que irão, muitas vezes, se configurar como uma psiquê singularizada. Nesse sentido, o domínio inconsciente não é um lugar no psiquismo de alguém ou uma estrutura não consciente que possuímos como parte

inata de uma estrutura mental, mas tudo o que acontece no automatismo instintivo e intuitivo do viver e do desejar enquanto se produzem relações com o mundo, naquilo que traduzimos em ações não significantes além do linguajar, antes mesmo da distinção de um indivíduo, de um “eu” ou de qualquer subjetividade. Um tipo de usina inconsciente, desejante e involuntária, de produção de si e de um mundo. Os espaços psíquicos do inconsciente e do desejo também produzem e fazem parte dos espaços de relação, são coletivos e incorporados nas singularidades de cada um.

Para Deleuze e Guattari (2017a), o desejo move o inconsciente, é seu motor e através do qual o indivíduo cria fluxos, realiza cortes, inventa processos, cria conceitos, observa relações, tudo de acordo com uma disposição desejante, emocional, que nos coloca em diferentes posições nas relações que produzimos ao viver, tanto consigo mesmo como com o coletivo. Então, o desejo produz o real. Emoções e sentimentos, expressões do desejo, são reais e configuram nossa corporeidade, do mesmo modo que o corpo em ação molda o inconsciente desejante.

Deleuze e Guattari (2017a), em uma crítica à visão de desejo como carência e servidão ao consumo, decorrente da incorporação do empreendedor de si, propõem o desejo como atividade vital produtora de realidades, fluxos, manifestação corporalizada, visões, intervenções e relações entre sujeitos: uma ação no mundo que gera nossa existência. Desse modo, o inconsciente desejante produz efeitos e configura corpos e realidades, não lhe falta movimento e energia. Não é um “querer”, mas uma potência, inconsciente, que impulsiona produções. O desejo é do âmbito de uma força que conecta, recorta e separa, junta novamente, realiza sínteses, molda sensações, produz relações consigo e com o social, faz e desfaz processos, investe no real, produz no real que vivemos, e, se vivido no respeito dos fluxos de sua intensidade, não deixa que vivamos em cristalizações e coagulações existenciais capazes de nos arremeter para a imobilidade da vida. Trata-se de uma força constante que impulsiona, de afirmação de produção e consumo se relacionadas à própria autopoiese, não ao que consideramos como consumo social de bens. Quando tomados para si, podem se revelar transformadoras.

Tal é nosso mecanismo inconsciente: uma construção desejante de si. Poderia dizer que o papel do cuidador em saúde é, em primeiro lugar, investigar os fluxos desejantes dos sujeito, onde estagnaram, onde se tornaram busca sempre incompleta, onde se frustraram,

onde produziram metáforas para a vida que se cristalizaram em modos de viver produtores de sofrimento. Desse modo, o cuidador estaria em verdadeira escuta e estimulando a verdade do sujeito que se sente enfermo em sua frente para capacitá-lo, a partir de si, a transformar suas relações no mundo.

Negri (2019), discute o desejo enquanto produção de si no mundo, e a noção de “expressão do desejo” (p. 69) se manifesta como “a enunciação e a organização do desejo como acontecimento (...) [e] define-se como positividade” (*ibid*, p. 69). O inconsciente se imbrica ao consciente e o efeito do desejo faz acontecer, não por carência, mas por uma positividade do produzir. É o motor dos agenciamentos que produzem um acontecimento singular na vida do sujeito e de suas relações sociais, constroem corporalidades ativas e transformadoras. É a força que gera subjetividade na construção de si, que produz territórios que se desterritorializam para poderem se reterritorializar, porque “o mundo é um território sempre a ser territorializado, ocupado, reconstruído e habitado” (NEGRI, 2019, p.71). Segundo Deleuze (2014), “o desejo circula nesse agenciamento de heterogêneos (...) [e] seguramente um agenciamento de desejo comportará dispositivos de poder” (*ibid*, p. 2).

Desse modo, o desejo pode produzir sujeição e servidão maquínica (inconsciente), mas também ter papel transformador: depende de como agimos no mundo na consciência de nossos atos desejantes. O desejo produz. Somos sistemas vivos desejantes e produtivos que se movem em domínios diferentes que se imbricam e geram um ao outro: inconsciente e consciente. Nossa corporeidade se movimenta constantemente, apesar de não termos consciência plena disso. O corpo, os desejos, a sensorialidade, como somos afetados, nossas respostas em termos de mente/corpo; tudo são elementos que se constituem junto com o meio em uma dança de relações. Desejo e processo vital se integram na ação de viver.

Tal é a dinâmica dos sistemas desejantes conforme Deleuze e Guattari (2017a). É no recorte desse fluxo que se inscreve um sujeito corporificado, um corpo de intensidades como "máquinas desejantes, definido pela parte que toma do produto, recolhendo em toda parte o prêmio de um devir (...) nascendo dos estados que ele consome e renascendo em cada estado” (DELEUZE & GUATTARI, 2017a, p. 30). O sujeito nasce a cada momento a partir dos estados por que passa, consome-os, transforma-os, e assim nasce e renasce a cada instante e desse modo flui em seus fluxos desejantes produzindo a si mesmo na realidade concreta de seu viver. Pois, para os filósofos, os sistemas desejantes “não param de se desarranjar

enquanto funcionam, e só funcionam desarranjados: o produzir se enxerta sempre no produto e as peças da máquina são também o combustível” (*ibid*, p. 49), em estados de um devir metaestável que produz a si mesmo. Nesse universo, de corpos que se fazem e se desfazem, é que defendo a discussão das práticas médicas integrativas enquanto alternativa de uma prática de cuidado.

Outrossim, como já vimos, desejo e sensorialidade se entrecruzam nas diversas formas de se perceber e produzir um mundo ao gerar um nicho existencial pela ação corporalizada. Segundo Le Breton (2016, p. 24), a “condição humana é corporal. O mundo só se dá sob a forma do sensível. Não há nada no espírito que, em primeiro lugar, não tenha se hospedado nos sentidos”. O sentido das coisas não está contido nelas, mas na relação que o sujeito concreto estabelece com elas e na sua posição de conhecimento e distinção, que mudam nas relações de poder agenciadas a cada cultura e a cada existência, a cada papel que desempenhamos na sociedade, a cada produção desejante. Por isso, investir no cuidado a partir dos enunciados do sujeito, de seu linguajar como legítima manifestação do sofrer e da enfermidade. Tais são os elementos do corpo existencial de intensidades.

Para os seres humanos, as ações desempenhadas no linguajar, como instrumento de produção e corte da realidade, são essenciais. São elas que distinguem e organizam o que se percebe, produzem subjetivações significantes, fazem emergir uma realidade particular onde vive e geram nossa corporeidade existencial. A percepção do mundo e sua realização são cortes linguajantes e afirmativos que realizamos em um universo múltiplo, heterogêneo e “infinito”. Todavia, não é somente pela linguagem falada e articulada, senão também através de outras linguagens corporais e psíquicas, percepções sensoriais automáticas e inconscientes - sensação de frio, calor, fome, dores – como também de percepções emocionais do meio – medo, ansiedade, raiva, solidão, tristeza, entre outros. Tratam-se de intrincados cortes, implicados uns aos outros, como dimensões curvas sobre si mesmas e sobre as outras, em um novelo existencial de uma “realidade”, contextualizada histórica, cultural e singularmente.

Nesse contexto, os “sentidos não são somente uma interiorização do mundo no homem, eles são uma irrigação de sentidos, isto é, um ordenamento particular” (LE BRETON, 2016, p. 38) de uma experiência e de um fluxo imanente de afetos, através dos quais se produz “uma percepção global do mundo que, a todo instante, convoca a totalidade dos sentidos” (*ibid*, p. 61). Os sentidos são atividade, movimentos de encontro ao meio,

afetações e perturbações do meio, que alteram o sujeito e sua corporeidade em um único ato, em um encontro no qual o indivíduo configura ao que se oferece aos sentidos: uma percepção das intensidades existenciais.

A grande potência do inconsciente é estar aberto para a sensorialidade do vigor criador, a partir da afetação dos sentidos perceptivos no fazer concreto do ser humano em meio à produção desejante. Em outras palavras,

Se o desejo produz, ele produz real. Se o desejo é produtor, ele só pode sê-lo na realidade (... []gerando] os fluxos e os corpos, que funcionam como unidades de produção. O real decorre disso, é o resultado das sínteses passivas do desejo como autoprodução do inconsciente (...) o desejo e seu objeto constituem uma só e mesma coisa” (DELEUZE & GUATTARI, 2017a, p. 43).

O desejo move e produz corpos e gera sujeitos corporificados que se desfazem e se refazem, em uma dinâmica na qual a estrutura do organismo em órgãos passa a ser somente um recorte de um fluxo existencial em que os órgãos já não são mais imprescindíveis para se conhecer o corpo. Uma dinâmica existencial de intensidades em que o corpo pode ser definido como um “Corpo sem Órgãos”.

5.5 O Corpo sem Órgãos (CsO)

O conceito de Corpo sem Órgãos (CsO) de Deleuze e Guattari (2012) se refere a esse corpo de intensidades que, para os autores, emerge de um “plano de origem”. O plano de origem para o corpo é como um campo de possibilidades e probabilidades existenciais, um fluxo incessante de auto produção e conformação na ação de viver. qualquer distinção que se realiza sobre o CsO - como, por exemplo, órgãos - assemelha-se a um corte que se produz ao distinguir, separar ou coagular o fluxo intenso de indiferenciação de um campo “corporal” de onde tudo se origina. Ou seja, trata-se da corporificação de uma atividade através dos recortes que produz a partir de seu próprio movimento de devir.

A ousadia da filosofia dos pensadores franceses se dá através de sua proposta que busca desconstruir toda e qualquer essencialidade estratificada e inata, seja do mundo, do ser ou do corpo, em função de um um plano de origem, um campo de imanência. Tal campo seria um estado dinâmico em que tudo estaria inserido, no qual as distinções humanas pinçariam realidades. Um campo baseado em fluxos, intensidades e movimentos de onde a ação distintiva humana produziria recortes de corpos distinguíveis, corpos estratificados. Por estratificação do mundo, entendo toda e qualquer distinção que se produz ao agir sobre ele, ao

produzir coisas tais como funções, objetos, corpos, pessoas, subjetividades. Deleuze e Guattari concebem que as estratificações do mundo são recortes de uma totalidade indizível e imensurável: o Plano de Imanência³². O CsO é um recorte desse plano, ao mesmo tempo que o próprio CsO é um plano imanente dos corpos observáveis que se produzem em recortes de fluxo e movimento de intensidades e, em outros momentos, pode ser também conceituado como um plano de imanência no qual se recortam órgãos e sua estrutura de organismo, como conhecemos através da biomedicina.

Tal é o fluxo que constitui o CsO: ele não “é uma noção, um conceito, mas antes uma prática, um conjunto de práticas” (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p. 12), uma experimentação biológica, social, política e singular de experiências de vida. Um campo de atividade múltiplo e heterogêneo, no qual produzimos recortes de compreensão, conceitos e percepções que denominamos de “coisas”, “corpos” ou “órgãos”, do qual fazemos parte enquanto corpo e sujeito. Não há negação dos órgãos, há a simples percepção de que são recortes de um tipo de compreensão, na qual o CsO é o plano mais geral e significativo da existência. Na desconstrução do corpo retira-se todo o conjunto de significados e significâncias acerca dele (anatomia, subjetividade, “eu”) e o CsO passa a se constituir “de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam (...) as produz (...) é a matéria intensa e não formada, não estratificada, a matriz intensiva” (*ibid*, p. 16). Trata-se de uma produção de si a partir dos fluxos e das atividades de uma vivência, dos afetos³³, um campo indefinido, um “vazio”, um ovo

³² O Plano de Imanência, segundo os filósofos “não é um conceito pensado ou pensável (...) não é um método, nem mesmo a opinião que se faz do pensamento (...) não implica num ponto de referência objetivo (...) é um [horizonte no qual] o movimento tomou tudo (...) o movimento infinito (...) o movimento que tomou tudo e não há lugar nenhum para um sujeito ou um objeto que não pode ser senão conceitos (...) um plano que não para de se tecer, gigantesco tear (...), um infinito sempre diferente de toda superfície ou volume determinável como conceito... movimento [que] percorre todo o plano” (DELEUZE & GUATTARI, 2017a, p.47-49). Aqui vale a analogia ao campo de energia da física subatômica, enquanto “espaço” em que a partícula está em todos os pontos ao mesmo tempo e que, ao lançar um fóton sobre o campo para localizá-la, promove-se o decaimento da função de onda da partícula, como um recorte ou estratificação do movimento absoluto; ou, ainda, noutra perspectiva, também como uma referência à ideia do vazio do TAO concebido pela filosofia chinesa: o caminho que é indizível e não nomeável, que, durante o percurso de uma existência, se produz o que se vive. Há, por sua vez, conforme os pensadores franceses, recortes do Plano de Imanência maior, aquele que tudo percorre sem temporalidade e com velocidades infinitas, produzindo outros planos de imanência distintos entre si que sustentam variações que se sucedem na história por “movimentos retidos, selecionados” (*ibid*, p. 49), produzindo recortes e sistemas de pensamento, percepções de “uma” realidade. Todavia, advertem os autores, “é essencial não confundir o plano de imanência e os conceitos que o ocupam” (*ibid*, p. 50).

³³ Para os filósofos, afeto difere de ser afetivo e significa ser afetado: um conjunto de agenciamentos e dinâmicas existenciais capazes de dispor nossa corporeidade a formas de agir, modificando para mais ou para

indiferenciado nas palavras de Deleuze (DELEUZE & GUATARRI, 2012), no qual podem se configurar identidades, sentimentos, funções, agenciamentos coletivos e individuais, relações, divisões e separações, classificações, objetos, processos e, fundamentalmente para o propósito desta tese, corpos existenciais de intensidades.

Nesse cenário, por exemplo, na distinção de uma enfermidade dinâmica, das intensidades do sofrer, importaria saber os recortes intensivos que o sujeito percebe em si ao viver no mundo concreto de sua singularidade. Sensações e sintomas que se caracterizam por “eixos e vetores, gradientes e limiares, tendências dinâmicas com mutação de energia, movimentos cinemáticos com deslocamento (...) migrações, tudo isso independente das *formas acessórias*, pois órgãos somente aparecem e funcionam aqui como intensidades” (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p 16). Nessa abordagem, para o entendimento da enfermidade dinâmica e singular, implicam-se as relações do sujeito com o mundo, como se perturba e como percebe a si mesmo em comportamentos automáticos e cristalizados que promovem sofrimento, seus fluxos existenciais e a possibilidade de reconhecer, em si, “circuitos de intensidade entre a energia feminina e a energia masculina” (*ibid*, p. 21) que podem se encontrar em desarmonia. São *platôs*, intensidades que coexistem no fazer humano como que um plano de recortes que se recortam e preenchem a existência de um CsO. “Cada CsO é feito de platôs. Cada CsO é ele mesmo um platô” (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p. 23), um plano de imanência que tudo produz, de onde se recorta e distingue a materialidade corporal.

Deleuze e Guattari (2012) pensam da seguinte maneira a questão:

Percebemos pouco a pouco que o CsO não é de modo algum o contrário dos órgãos. Seus inimigos não são os órgãos. O inimigo é o organismo. O CsO não se opõe aos órgãos, mas a essa organização dos órgãos que se chama de organismo (...). O CsO não se opõe aos órgãos, mas, com seus ‘órgãos verdadeiros’ que devem ser compostos e colocados, ele se opõe ao organismo, à organização orgânica dos órgãos” (DELEUZE & GUATARRI, 2012, p. 24).

Na ótica dos pensadores franceses, “organismo não é o corpo, o CsO, mas um estrato sobre o CsO, quer dizer um fenômeno de acumulação, de coagulação, de sedimentação que lhe impõe formas, funções, ligações, organizações dominantes e hierarquizadas (...) para lhe extrair um trabalho útil” (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p. 24). O organismo estruturado em órgãos é um recorte de um plano de imanência do CsO com o objetivo de “lhe extrair um

menos, para melhor ou pior, para o sentir-se bem ou para o sofrer, nossa resposta às perturbações advindas do meio que nos configuram, fazendo agir, cada um, através das singularidades constituídas no viver.

trabalho útil” de acordo com as demandas e relações de saber e poder produzidas na sociedade capitalista. Segundo Zourabichvili (2020), “um órgão é tão só um hábito reconhecido (...) no qual os órgãos são sentidos antes de serem agidos (...), esse ‘corpo intenso’ não se opõe aos órgãos, mas ao organismo enquanto coordenação de formas constituídas” (*ibid*, p. 124). Desse modo, os órgãos, para além de suas estruturas e organização mútuas, podem ser considerados como manifestação de intensidades do devir do sujeito. São intensidades da experiência: as dores ardidas na região do estômago que advém associadas à ansiedade do sucesso ou à irritabilidade são intensidades, e não somente sintomas de doença péptica (gastrite ou úlcera de estômago). São múltiplas e heterogêneas as possibilidades de abordagem do corpo de intensidades, todas legítimas em diferentes racionalidades médicas, como veremos adiante.

De qualquer forma, é a desconstrução/construção de um saber sobre o corpo que está em questão. O organismo feito de órgãos, como já vimos, é uma produção histórica que está implicada nas relações de biopoder na sociedade. Nesta pesquisa adoto outro modo explicativo para o corpo, uma transformação do olhar sobre para que se possa produzir um cuidado médico que visualize o sujeito singular, em sua corporeidade que se movimenta em meio ao campo de sua existência, de suas intensidades vividas e relatadas no linguajar próprio do sujeito como experiência corporal da verdade de si.

Desfazer-se do organismo não é abandonar o corpo, mas abri-lo “a conexões que supõem todo um agenciamento³⁴, circuitos, conjunções, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidades, territórios e desterritorializações³⁵” (DELEUZE & GUATTARI,

³⁴ Para os filósofos, a heterogeneidade dos elementos que se relacionam entre si, produzindo possibilidades de distinções de uma realidade, são produtos de Agenciamentos. O termo se refere a relações de multiplicidade que modificam sua natureza à medida que aumentam suas conexões a partir das experiências vitais. Tal qual o conceito de um pássaro, no qual se agenciam comportamentos, cantos e cores para que se possa distingui-lo, há entre o martelo e a bigorna (na produção de uma espada, por exemplo), entre o ovo e a galinha, entra a vespa e a orquídea, agenciamentos existenciais e de individuação, que se constituem enquanto uma unidade: o sujeito e seu computador, ou sua família, ou seu livro que lê, ou sua atividade social, etc. Trata-se de uma rede de conjuntos múltiplos de elementos (territórios, devires, acontecimentos históricos, afetos, emoções, momentos singulares de insight, etc.) que produzem um conjunto de enunciados como efeito de agenciamentos coletivos múltiplos que acabam por configurar recortes de subjetividade e de condições de ser afetado (LAZARATTO, 2014)

³⁵ Para os autores, de um território existencial, o sujeito se desterritorializa para poder se territorializar como produto ressignificante de sua ação. Somos todos nômades que se movimentam em transformações espaciais e abstratas de conformação da corporeidade com relação ao meio em que vivemos. A rigor, “um território (...) não é um meio, nem mesmo um meio a mais (no fluxo existencial), nem um ritmo ou passagem entre meios. O território é de fato um ato” (DELEUZE & GUATTARI, 2017c, p. 127), uma prática existencial, uma forma de se viver, um movimento que marca um domínio existencial que passa, em um devir ritornelizante, para outro domínio de relações e agenciamentos rizomáticos da vida singular do sujeito, “um automovimento das qualidades expressivas” (p. 130). Tal fluxo existencial é um “devir [que] não produz outra coisa senão ele próprio” (DELEUZE & GUATTARI, 2017d, p. 19). Ou seja, o devir devém; se mostra como o próprio movimento do fazer a si mesmo nas conexões que se estabelece na vida.

2012, p. 25). É igualmente um buscar de “linhas de fuga possíveis, vivenciá-las, assegurar aqui e ali conjunções de fluxos, experimentar segmento por segmento dos contínuos de intensidades, ter sempre um pedaço de uma nova terra” (*ibid*, p. 27). Desse modo o CsO se revela tal como ele é: um devir do sujeito que pode se ressignificar. Trata-se de uma ação sobre a ação anterior no sentido de deslocar-se do território existencial que produziu fluxos de sofrimento e se reterritorializar em novos modos existenciais. Oferecer sentido para viver seus pontos de bifurcação, suas crises somatopsíquicas, se reordenando em novo modo de reconhecer seu fazer viver. Trata-se de observar os órgãos como extratos intensivos de um sofrimento que é dinâmico e existencial, em cujo sobrevôo passa o fluxo de um plano de imanência. Porque o CsO, ao mesmo tempo que distinguido e vivido na singularidade do movimento histórico e existencial de cada sujeito que se permite um falar de si que seja ético e sincero, é tudo isso:

necessariamente um Plano, necessariamente um Coletivo (agenciando elementos, coisas, vegetais, animais, utensílios, homens, potências, fragmentos de tudo isso, porque não existe ‘meu’ corpo sem órgãos, mas ‘eu’ sobre ele, o que resta de mim, inalterável e cambiante de forma, transpondo limiares) (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p. 28)

Um CsO se constitui na experiência de contínuos e permanentes processos de produção de si, produções desejanças, de tal modo que “tudo é produção, produção de produções, de ações e de paixões, produções de registros, de distribuições e de marcações, produção de consumos, de volúpias, de angústias e de dores” (DELEUZE & GUATTARI, 2017a, p.14). Penso que se trata de procurar entender nossa atividade vital no mundo, de como se produz registros cognitivos nos recortes do que vemos e percebemos através dos sentidos. Recortes nos quais intervimos, absorvemos, incorporamos, consumimos, sejam coisas abstratas ou concretas, emoções ou alimentos, e o que reutilizamos na produção dos elementos que nos compõem em nossa forma de vida e configura nosso corpo. Enfim, produzimos os produtos que nos produzem.

O CsO nunca é dado por si mesmo, como por exemplo, uma origem ou estrutura para ser vista e projetada através de qualidades inatas e/ou objetivadas enquanto uma verdade única do corpo. Ele é fluxo incessante produtivo e essa seria sua energia de movimento e ação para que se mantenha ativo e vital. O CsO está nesse mundo, na percepção sensível e sensorial daquilo que nos afeta, nossa dinâmica existencial como um todo. Na discussão gerada pela pergunta “Quais poderiam ser as intensidades do viver?” Defendo uma

abordagem dos sentidos, desejanter e intensivos, com os quais estamos no mundo, relacionada e imbricada às alterações físicas significantes do sofrer, em como o sujeito as relata em sua experiência em sentir o que sofre. Os diagnósticos fisiopatológicos da biomedicina são recortes de uma dinâmica mais profunda de como o sujeito se move no mundo e se afeta, são abstrações enunciativas produzidas por um tipo de saber que possui sua legitimidade óbvia, mas está aquém de representar as interconexões e as interfaces do existir humano. Na perspectiva que aqui investigo, o CsO como um plano de imanência de um existir no mundo, em sua atividade desejanter, produz e configura seu viver corporificado por meio do sensível, das relações discretas pelas quais o corpo passa e incorpora as relações com o mundo que o perturba e molda. Essa é a atividade dos seres ao produzir a si e ao mundo.

Ao mesmo tempo, é pelo corpo - seus sentidos, sua suscetibilidade e historicidade de afetações que lhe foram incorporadas - que o mundo produz efeitos nas configurações do viver e do próprio corpo ao adoecer. É nessa intersecção, nesse duplo sentido, que o corpo acopla sua dinâmica de coconstituição. A todo momento, através do corpo, o sujeito age, interpreta, produz recortes e noções acerca do mundo. Sofre afetações e, do modo como pode, se reconfigura, se modifica ou se cristaliza, se reconstrói ou produz sofrimento, sempre modalizado através dos sentidos e emoções geradas: não do olfato, mas de como cheira; não do paladar, mas de como sente o gosto e se alimenta; não do tato, mas de como toca e é tocado; não da audição, mas de como ouve suas vozes e sons do mundo; e não da visão, mas de como produz o que enxerga.

Não somos somente organismos biológicos, mas criaturas que produzem sentidos, sem os quais o corpo não poderia agir no mundo que o afeta. E os sentidos alterados, os modos como o sujeito se percebe ao adoecer, as afetações do mundo que antes não o afetavam são, todos, sentidos singulares e existenciais do adoecer. Adotar práticas do cuidado que levem em consideração tais dinâmicas, em meu ponto de vista, são elementos de uma outra estratégia para o biopoder que empodera o sujeito na capilaridade de seu viver, nas micropolíticas de sua existência.

Nesse âmbito heterogêneo corpo/mente/sensorialidade/meio, o CsO emerge e se movimenta conforme padrões existenciais que criou para sua sobrevivência. Não falamos mais de corpo orgânico, mas de padrões em formas de vida para o CsO: no estrato do organismo, há o câncer, mas para o CsO há o estado canceroso que pode se expressar em tipos

de lesões neoforativas e de comportamento exagerado/dominante/competitivo (a célula cancerígena compete e prolifera perante a célula normal); no estrato da organização de órgãos há a tuberculose, mas na perspectiva do CsO há o estado tuberculínico que, da mesma forma, se manifesta em modos de ação e de desempenho do corpo e das atitudes mentais voltadas para a inquietude associada à inconstância; no corpo de órgãos há a sífilis, mas no CsO há o estado sífilínico que se manifesta no corpo como destrutivo e ulcerativo (na pele, na mente – suicídio ou desejo de matar -, ulcerando e deformando artérias, etc.).

Desse modo os órgãos emergem como intensidades ativas de um modo de viver e de adoecer, como fluxos e limiares de percepções de si e de seu sofrer. O alcance dessa percepção de corpo vai além das estruturas visíveis e funcionais da fisiologia do organismo. Possui vida e sentidos produzidos na historicidade singular do viver de cada um. Muitas vezes, pode não ter explicação fisiopatológica do organismo, mas há uma compreensão global do CsO produzida pela prática existencial do sujeito, percebida como evento global que define o seu sofrer. Tal compreensão global é da ordem de uma forma de conhecer que, muitas vezes, está noutra patamar do que o conhecimento racional, a visualização de um evento ou acontecimento que demonstra uma singularidade, uma “concidência” significativa para quem a vive. O cuidador deve estar sempre atento à verdade do outro, alicerçada nessas experiências vitais, mesmo que os saberes que até então produziu em sua prática do cuidado não lhe tenham ainda oferecido a distinção do que o sujeito está oferecendo como relato de si. Estar preparado para ouvir sempre uma história original de experiências do sofrer faz parte da capacidade do cuidador em legitimar a originalidade e singularidade das relações que produziram sofrimento ao sujeito. Trata-se de uma apreensão pática do sofrer do outro.

Guattari (2012, p. 143) assim explica seu entendimento sobre o *conhecimento pático*: “o exemplo mais simples de conhecimento pático nos é dado pela apreensão de um ‘clima’(...) que apreendemos imediatamente e globalmente e não pelo acúmulo de informações distintas”. Ou seja, um tipo de apreensão quase que instantânea de uma multiplicidade da realidade que se diferencia e se une em uma verdade existencial, que não decorre de um conjunto bem delimitado de informações, mas de uma agregação de movimentos e fluxos que, em sua totalidade, pertencem a um território existencial, uma forma de ser e viver; portanto, de adoecer. Conhecimento *pático* se relaciona ao conceito de *Acontecimento*. Para Guattari (2012, p. 29) o Acontecimento não se configura como coisa em si, mas como a

“inseparabilidade de um número finito de componentes heterogêneos percorridos por um ponto de sobrevôo” desde o plano de imanência de onde se recorta a distinção. Um exemplo: “o conceito de um pássaro não está em seu gênero ou sua espécie, mas na composição de suas posturas, de suas cores e de seus cantos” (*ibid*, p. 28), em uma apreensão pática da distinção, instantânea, lógica e não-lógica.

Nessa perspectiva procuro compreender a enfermidade como um acontecimento para o sujeito, sua apreensão pática, enquanto manifestações presentes em toda simultaneidade do sujeito que enuncia seu sofrimento. Defendo a importância de se discutir no ensino médico tais perspectivas assim como incentivar a produção de técnicas médicas que se voltem para esse tipo de entendimento da enfermidade como intensidade na qual um conjunto heterogêneo de sensações e alterações, relacionadas ao existir do sujeito, com relações lógicas e não-lógicas, fornecendo uma visão pática da enfermidade. Nesse sentido, considero a medicina integrativa como um conjunto de técnicas que produzem conhecimento médico sobre a enfermidade em sua apreensão global, na qual é importante saber da patologia do organismo, mas sobretudo capazes de praticar uma apreensão pática da enfermidade do sujeito.

Pode-se, desse modo, produzir conceitos de enfermidade para além de sua patologia, nos quais se configure um conjunto heterogêneo de condutas e sentires sobre si que forneçam uma imagem de um *Acontecimento*, um instante pático do sofrimento, uma apreensão de relações lógicas e não-lógicas que trazem significância ao sujeito que sofre. O conceito de enfermidade pode se relacionar mais a coordenadas intensivas de um sofrer do que uma alteração orgânica, mesmo que esta última possa ser a “mais visível”. Tais coordenadas intensivas acontecem simultaneamente, em uma horizontalidade dos eventos, em uma múltipla heterogeneidade conectada e coexistente, todas coconstitutivas que produzem imagens, mapas, cartografias de formas de se fazer existir. Um estrato de sensações e percepções de si alteradas, que produzem sofrimento e que possuem múltiplas entradas. São sistemas de entendimento da enfermidade acentrados e heterogêneos:

não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual cresce e transborda (...) constitui multiplicidades (...), se metamorfoseia (...), produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, múltiplas entradas e saídas (...), unicamente definido por uma circulação de estados (DELEUZE & GUATTARI, 2017b, p. 43).

Assim, são estados cuja característica é a interconectividade mútua, em circulações e movimentos que produzem acontecimentos agenciados entre si e que agem sobre si em um devir, em fluxos de desterritorialização e reterritorialização. A enfermidade, nesse sentido, não abarca um conceito único, mas um processo de simultaneidade que emerge da narrativa do sujeito sobre si mesmo. A verticalidade biomédica que investiga até o desarranjo molecular, mesmo sendo um recorte técnico importante da biomedicina, é revista como aspecto específico de uma possibilidade múltipla de ocorrências de Acontecimentos. Cada racionalidade médica pode produzir um conceito de enfermidade que, se inserido em sua epistemologia, é legítimo e verdadeiro. Todavia, algumas características são comuns: uma visão de totalidade corpo/psiquismo do sujeito, sua relação com o meio que o constitui, o ouvir e compartilhar decisões, uma dinâmica de compreensão do sofrer, um cuidado que vai além da técnica biomédica. Veremos nas práticas integrativas mais claramente essa possibilidade.

Há, nesse sentido, a possibilidade de se compreender a enfermidade como um processo. Por exemplo, na ocorrência de uma amigdalite, a enfermidade não necessariamente se resume à infecção bacteriana estreptocócica (um sistema “vertical” de saber sobre essa doença), mas a um conjunto de estados que se interconectam na horizontalidade simultânea da experiência, como eventos singulares, do tipo decepções emocionais ou irritabilidades contidas, ou, ainda, uma sensibilidade alimentar ou à mudança climática, ou, mais ainda, no agenciamento deste múltiplo conjunto de acontecimentos, em um complexo e heterogêneo rizoma existencial. Para o sujeito que narra a si mesmo, viver a horizontalidade do processo de estar sentindo-se enfermo é uma coordenada intensiva, significativa e, principalmente, singular.

Zourabichvili (2020) apresenta com lucidez o ponto de vista que entendo como singularidade. O mundo no qual nos distinguimos como seres sencientes e de ação se entrelaça conosco com conexões e forças que contribuem para a configuração corporal que produzimos em nosso viver, “numa imbricação de afetos variáveis que são os acontecimentos (...) o corpo não é uma natureza, uma coisa, uma substância (...) só existe quando afetado” (*ibid*, p. 126). Nesse contexto, ele coloca que a singularidade se distingue do individual ou da atomização da vida ou das estruturas, pois o “conceito de singularidade está fundado na noção de ‘conexão diferencial’ ou ‘dispar’ que permite evitar (...) a confusão do singular e do

individual” (*ibid*, p. 127). Ele coloca que as singularidades estão relacionadas à significância dos pontos de conexão que a vida traz do mundo para a configuração existencial dos corpos. Argumenta que tais conexões diferenciais produzem “pontos singulares” na busca de soluções na experiência sensível da vida, principalmente concebendo o corpo como um sistema que se auto produz numa dinâmica metaestável (SIMONDON 2020).

Em outras palavras, “[a] singularidade é, ao mesmo tempo, *pré-individual* e *individuante*. Os indivíduos, eles mesmos, não são singulares” (ZOURABICHVILI, 2020, p. 127). Ou seja, na configuração da singularidade, importa o relato das conexões, interrelações, da conjunção mútua entre mundo e ser vivo. São as conexões vividas e incorporadas que são singulares. Não há uma natureza singular, senão uma experiência singular. É nesse âmbito de singularidade que se deve pautar o cuidado que acolhe e abraça o corpo existencial de intensidades, um sujeito que é coletivo, pois aberto ao mundo que o influencia na sua constituição corporal, ao mesmo tempo que singular, pois vive de modo único seu sofrer.

5.6 O cuidado³⁶

Penso que uma prática médica que seja ética e que promova um cuidado de si através das verdades do sujeito necessita embasar-se na experiência vivida e pode se apresentar como uma “tentativa de produzir modos de subjetividade originais e singulares, processos de singularização subjetiva” (ROLNIK & GUATTARI, 1996, p. 45), ou seja, reterritorializar e ressignificar relações de sentimentos e corporeidades, ao tomar a enfermidade nesses contextos existenciais. Até transformar, por exemplo, a relação do sujeito consigo mesmo no que tange ao que sente durante a enfermidade. Segundo Rolnik e Guattari (1996, p. 46), “o que vai caracterizar um processo de singularização (...) é que ele seja automodelador. Isto é, que ele capte os elementos da situação, que construa seus próprios tipos de referências práticas”.

Me refiro a um cuidado que se oferece a um tipo de interioridade ativa e produtiva, que se produz incessantemente, voltado para a ação do sujeito na vida concreta, corporizada na ação e no fazer, gerando a singularidade da vida de cada um. Além disso, tal trabalho sobre si dialoga e remete à processos de transformação, frente às situações de poder em que o

³⁶ Este segmento tem origem na minha dissertação de mestrado e compôs o artigo *Apontamentos sobre o corpo e o cuidado de si* (AZAMBUJA, 2021)

sujeito se encontra submetido, visando suas práticas de liberdade. Tal dimensão ética do cuidado não viria de um saber externo, mas daquele produzido em seu viver individual.

A respeito das práticas de si Foucault (2004a, p.265) diz que se trata de "um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser". O sujeito adquire forma e se transforma no processo de viver: em práticas de sujeição e submissão (com possibilidades de sofrimento) e/ou em práticas de liberdade (na construção de novas experiências existenciais e de relações consigo e com os outros). Para Foucault (2004a) são as práticas de liberdade que oferecem o tom para o cuidado de si ético e legítimo. Tais práticas de liberdade não escapam de relações de poder, pois tais relações se caracterizam como "a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro" (*ibid*, p. 276). Todavia, isso não é bom nem ruim. É o modo de como nos relacionamos e o efeito de um cuidado de si ético e legítimo apontaria para relações mais móveis e flexíveis, em que ocupar-se de si mesmo significa olhar para a sua existência, a fim de conduzir bem a si e aos outros com quem se relaciona.

Esse seria um aspecto do viver bem, que poderia se agregar a um conceito de saúde: uma vida mais consciente, autônoma, criada a partir do olhar que cada um/a volta sobre si e para a maneira como vive, visando não anular-se, não ser escravo de alguém ou de algum desejo, uma forma de viver relações nas quais verdades e enunciados se originem em práticas de si éticas, portanto, menos "governadas". Trata-se de movimentos terapêuticos, em que o falar sobre si instrumentaliza um cuidado de desterritorialização, que permitiria o sujeito se territorializar em outras relações de poder nas quais a ética e a liberdade estejam mais presentes em seu viver. Tais "práticas de si não são nem individuais e nem comunitárias: são relacionais e transversais" (GROS, 2006, p.660), rizomáticas, no dizer de Deleuze e Guattari (2017b). São do sujeito e do coletivo ao mesmo tempo. Consistem em práticas de auto ordenamento das condutas corporais e do comportamento cujas estratégias terapêuticas se originam nas verdades constituídas nas próprias atividades, que alimentam a subjetividade do indivíduo.

Percebe-se a profunda implicação dos processos de cuidado de si nesses agenciamentos de saúde: fazer falar das relações de poder dentro dos movimentos existenciais, dar as costas às verdades externas que sujeitam ao outro, através de uma prática

consciente das verdades produzidas por si e sobre si no cuidado de si. É nesse sentido que se discute e se produz uma concepção de corpo, que até pode incluir o corpo biomédico estruturado em órgãos, mas não se resume ou se reduz nele. Um corpo de intensidades e mutações, fluxos e emoções, pleno e vazio ao mesmo tempo. As configurações corporais dinâmicas se traduzem através de relações, portanto móveis, em fluxos de produção existenciais, do que fazemos, sentimos, exercemos, sofremos, somos afetados; enfim, processos sempre inacabados, alternantes, reversíveis, fugazes, cristalizáveis, instáveis, movimentos de transformação ou conservação incessantes nos quais, para que possam acontecer, se sucedem em espaços de liberdade. Se não ocorrem espaços de liberdade, não há possibilidade de transformação: há tendência à dominação como modo de subtração de liberdades. Nesse sentido, nas relações de poder vividas, há possibilidade de “liberdade” e de resistência às micropolíticas do viver, nesse espaço podem intervir práticas médicas voltadas a um cuidado de si que seja transformador.

Exercitar a distinguir e falar dos processos existenciais que compartilham o sofrer físico do sujeito, expô-las como experiência vital, me faz lembrar a importância que Bondía (2002) atribui ao valor das palavras:

produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação (...) é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece (...) o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos (BONDÍA, 2002, p. 21)

O que fazemos e falamos em nossa vida pode configurar nosso corpo, na saúde ou na enfermidade. Nossos espaços psíquicos de convivência perturbam e modulam nossa corporeidade. Por isso a importância de distinguir enfermidade como experiência de si e não de elementos externos a si ou de estruturas objetivas que pouco tem a ver com nossa experiência no mundo, naquilo que nos passa e que nos toca, “que nos acontece afeta de algum modo (...) [e] inscreve algumas marcas” (BONDÍA, 2002, p. 24). É desse tipo de falar de si que penso ser importante criarmos tecnologias médicas que se orientem para práticas do sujeito do cuidado de si.

Refletir sobre as verdades como um conjunto de regras sobre a vida e os corpos é a base de sustentação das constituições sociais através das quais se procura conduzir, determinar, influenciar, dirigir o modo de vida de cada um, é pensar sobre a dimensão da governamentalidade no que se refere ao funcionamento das tecnologias de poder que

objetivam o sujeito, determinam sua conduta e o submetem à dominação (FOUCAULT, 1996). Adoecemos nesses contextos. Contudo, tais práticas de cuidado podem atuar como jogos estratégicos na governamentalidade dos sujeitos que conversam com suas práticas de agenciamentos coletivos e individuais. Trata-se de práticas que podem se utilizar das tecnologias de si, ações que os indivíduos exercem sobre si, sozinhos ou com a ajuda de outros, efetuando certas operações sobre o si, pensamentos e condutas para obter uma transformação de si e alcançar certo estado de sabedoria e felicidade (FOUCAULT, 1996). Portanto, essas práticas conduzem a um tipo de atitude de mudança perante a vida e as relações experienciadas por de cada um, as quais nos subjetivam a todo o momento, configurando nossos corpos, tanto em estratégias verbais como não-verbais, pelas quais se atualiza constantemente a consciência do indivíduo sobre si e seu corpo. É na esteira dessa discussão que se deve pensar a enfermidade e o cuidado de si como ressignificação, um movimento de resistência e transformação. É nesse campo de ação que penso que as práticas médicas integrativas podem contribuir ao valorizar a experiência vital do sujeito.

Foucault (2004a), a respeito do falar de si, diz que, antes de um "despertar interior", como se houvesse algo a ser descoberto, buscam-se práticas de transformação e de liberdade de si na ruptura ou na resistência às formas de controle e disciplinas impostas de fora. Nessa pesquisa, atribuo às verdades biomédicas essa característica de imposição externa e, noutra perspectiva, o falar de si, enquanto prática que favorece a liberdade. Portanto, valorizar a narrativa de si configura-se como um trabalho ético sobre si na produção de práticas reflexivas de liberdade em cima de amarras construídas no fluxo do viver e de relações com os outros durante a vida para se poder viver melhor aqui e agora, na vida concreta que se desenvolve neste mundo. Produzir uma postura ética nos modos de ser, nas produções de verdades, na legitimação de outras verdades colocadas em franca licitude, ou, em outras palavras, em prescrições de auto conduta no sentido de uma percepção de si coesa e reta eticamente podem ser critérios seguros de bem viver, saúde e de outra relação com o meio. Um sujeito capaz de colocar em xeque as verdades até então produzidas e vividas, verdades que podem ter contribuído para produzir tipos de sofrimento – como por exemplo sensações de culpa que ficam por uma vida inteira, uma ansiedade gerando uma crise de pânico ou um tipo de vida intervencionista, hierarquizada e rígida que carece de fluxos mais suaves, móveis e flexíveis - para poder se reconfigurar em outros espaços éticos de fluidez e liberdade.

Segundo Foucault (2004a), para os gregos, *ethos* era uma maneira de ser e de se conduzir em família, na sociedade e consigo mesmo, um trabalho de si sobre si na constituição de outras relações das que o levaram até aquele momento. Nesse aspecto, o cuidado de si é, também, o cuidado dos outros, de como agir com e produzir ações de legitimidade mútua, mesmo na diversidade, o que implicaria em relações de poder éticas e complexas no governo da vida. Ao discutir o cuidado de si, do período helenístico e romano até o limiar do cristianismo, Foucault (2006) vai nos dizer que o preceito “conhece-te a ti mesmo” aparece subordinado ao princípio de conduta, o “cuida de ti mesmo”, como uma aplicação da regra geral “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que tenhas cuidados contigo mesmo” (FOUCAULT, 2006, p. 7). Todavia, o “ocupar-se consigo mesmo” foi adquirindo por uma série de razões um sentido negativo e sendo desconsiderado, o que parece ser expressão do “momento cartesiano” que requalificou filosoficamente o “conhece-te a ti mesmo”, desqualificando o “cuidado de si”. O conhecimento de si como possibilidade de acesso à existência própria do sujeito, desde o século XVII, foi aceito como princípio fundamental à verdade do ser, em detrimento do cuidado de si.

Quando Foucault (2008a) investiga o cuidado de si a partir das verdades do indivíduo, nos faz pensar que a corporalidade se produz nos movimentos existenciais de atitudes compostas pela ação reta e ética sobre si mesmo, constituindo-se na incorporação advinda da sabedoria adquirida pela experiência existencial. A verdade, que o sujeito do cuidado é capaz de produzir para si, emergiria de suas práticas conscientes e verdadeiras, decorrentes do falar verdadeiramente de si (*parrhesia*), mesmo na enfermidade, na qual o sujeito percebe dores, sofrimentos e algumas verdades difíceis de serem faladas, pois trata-se de um falar que coloca em jogo a própria existência até então praticada:

o ponto ao qual se dirige a atenção nestas práticas de si é aquele em que os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar suas penas; é aquele em que os maus hábitos da alma podem acarretar misérias físicas, enquanto os excessos do corpo manifestam, e alentam, os defeitos da alma; a inquietação incide principalmente sobre o ponto de passagem das agitações e dos distúrbios, tendo em conta o fato de que convém corrigir a alma se quiser que o corpo não prevaleça sobre ela e retificar o corpo se quiser que ela mantenha a inteiro domínio, sobre si mesma. É a este ponto de contato, enquanto, ponta de fraqueza do indivíduo, que se endereça a atenção, voltada para os males, penas e sofrimentos físicos” (GROS, 2006 *In* FOUCAULT, 2006, p. 648).

Portanto, uma atividade linguajante que produz a sincronicidade experimentada do corpo/mente. O cuidado emerge, portanto, como um processo e um trabalho de toda a vida em

uma rede de atividades de auto percepção de como é a atividade de cada um nas suas relações vitais. Nada seria "desvendado", mas pensado em seu próprio movimento, produzido a partir da observação de suas práticas existenciais no sentido de movimentá-las, desterritorializá-las e reterritorializá-las em espaços novos de relações de poder e convivência. Não é suficiente, mesmo que eficaz em certos aspectos biológicos, o cuidado que restaura órgãos ou que controla uma fisiologia com medicamentos bioquímicos e moleculares. É preciso também oferecer a possibilidade de significação do processo de adoecer e de ressignificação das relações do sujeito, a partir de suas narrativas existenciais.

Foucault (2008a) salienta, por exemplo, a importância da auto-observação, o tomar notas sobre si que deveriam ser sempre relidas visando uma prática vital sempre mais ética e legítima dando "atenção a todos os matizes da vida, ao estado de ânimo, a leitura e a experiência de si se intensifica" (FOUCAULT, 2008a, p. 63). Esse movimento "implica um deslocamento do olhar (...) [para escapar] de todas as dependências e de todas as sujeições" (FOUCAULT, 2005, p. 69) geradas pelas relações de poder da sociedade, olhar diferente para o mesmo evento do cuidado e de como percebemos o si mesmo.

Desse modo, se possibilita praticar uma arte da existência de si associada a uma prática social possível de legitimar o outro, oferecendo discussões sobre as relações que se vive e sobre as práticas de si e do outro, visando a produção de diferentes verdades no âmbito de movimentos de liberdade: formar-se, transformar-se e voltar a si. Um princípio válido não só para a saúde, mas "para todo o tempo e durante toda a vida" (FOUCAULT, 2005, p. 53), nas tarefas do dia-a-dia, nas relações emocionais e do que as afetam, no trabalho e na vida social, na produção de uma conduta reta e ética que implica um trabalho continuamente/corpo para si.

Ainda a respeito de como olhar as práticas de si, Foucault (2005) argumenta:

o ponto no qual se presta atenção nessas práticas de si é aquele em que os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar seus mal estares (...) [assim] convém corrigir a alma, se se quer que o corpo não prevaleça sobre ela, e retificar que o corpo, se se quer que a alma mantenha o completo domínio sobre si própria" (FOUCAULT, 2005, p. 62).

A conduta suave, a temperança dos desejos, o suprir as necessidades básicas, o exercício com o corpo de modo regular e moderado, fazer as coisas atravessadas por um

exame de consciência crítico e reflexivo, auto observacional daquilo que faz ao viver, são práticas que participam do cuidar de si, de uma ética do domínio e do governo de si, do prazer consigo mesmo na construção de uma coesão interna forjada na prática do viver neste mundo. A discussão do cuidado de si, das relações do corpo e da mente, da auto-observação como prática de transformações de si em busca da conduta reta, ética e legítima é uma discussão sobre o bem viver do corpo como um acontecimento existencial, sobre formas de como adoecemos e em como poderemos avaliar técnicas médicas que possibilitem tal cuidado, sulcando um caminho crítico, procurando olhares diferentes acerca do sujeito e do corpo, de como se percebe as suas afetações no viver. Pelbart (2013) coloca a questão que "o que se faz com o corpo" está na ordem dos efeitos de biopoder do sistema capitalista de sujeição e "o que pode o corpo" pode ser uma estratégia de resistência que as práticas vitalistas possibilitam. Trata-se de uma estratégia micropolítica de constituição de corporeidades subjetivadas em medicina que possam dizer respeito a:

todos os níveis: infrapessoais (o que está em jogo no sonho, na criação); pessoais (por exemplo, as relações de autodomação); e interpessoais (a invenção de novas formas de sociabilidade na vida doméstica, amorosa, profissional, na relação com a vizinhança, com a escola.) (...) [que] consiste em produzir as condições não só de uma vida coletiva, mas também da encarnação da vida para si próprio, tanto no campo material, quanto no campo subjetivo (PELBART, 2013, p. 46).

Muitas vezes, tal transformação micropolítica se refere ao sujeito enfermo que já se encontra subjetivado e normatizado pela biomedicina, satisfeito em querer saber de seus exames, muitas vezes "não disposto", "não aberto" a se reapropriar de sua subjetividade e de seu corpo. A esse respeito, seria "preciso talvez refletir mais sobre essa noção de corpo. As coisas, nas sociedades industriais desenvolvidas, são representadas como se tivéssemos um corpo, mas isso não é tão óbvio" (ROLNIK & GUATTARI, 1996, p. 278). Produzem um corpo para nós, um corpo que se desenvolve num campo social e produtivo, pelo qual somos responsáveis. Todavia, nosso corpo "é atravessado pelas marcas do socius, pelas tatuagens, pelas iniciações, etc. Esse corpo não comporta órgãos individuados: ele próprio é atravessado pelas almas, pelos espíritos que pertencem ao conjunto dos agenciamentos coletivos" (ROLNIK & GUATTARI, 1996, p. 278).

As enfermidades podem ser compreendidas, no contexto das micropolíticas da saúde e do adoecimento, como crises de maturação ou de acoplamento ao meio que se vive, incorporando sofrimentos repetitivos, muitas vezes emergindo como doenças agudas e infecciosas em que o elemento bacteriano é contingente a um sofrimento de relações do

sujeito no mundo: uma falta de confiança que se exacerba em situações de desafios intelectuais ou físicos, uma raiva contida, um pesar recolhido, um não poder falar por se importar demais com a opinião alheia. Não se trata de dizer que um causa o outro, mas de perceber a totalidade do evento, do acontecimento do enfermar-se na historicidade enunciada por cada um.

Mais importante ainda é somente perguntar abertamente o que o sujeito sente e deixá-lo falar livre sobre si, praticar o “ouvir” a queixa natural e existencial do sujeito, valorizando cada tipo de impressão que ele tem de si, *como parte da enfermidade que traz em seu movimento existencial*. “As doenças são os instrumentos da vida” (CANGUILHEM, 2005, p. 33). Penso que seja esta a principal contribuição destas práticas na integração corpo/psiquismo. A enfermidade emerge, nas palavras de Canguilhem (2012),

pela revelação de um comportamento total do organismo modificado no sentido da desordem (...) no momento em que a existência do ser, até então numa relação de equilíbrio com seu meio, se torna perigosamente perturbada (...) É a totalidade do organismo que reagem ‘catastroficamente’ ao meio, ficando, doravante, incapaz de realizar as possibilidades de atividade que lhe cabem essencialmente (...) acontecimentos tais como perturbação, inadequação, catástrofe, perigo, [eventos] mais suscetíveis de apreciação do que de medida ou exibição objetiva (CANGUILHEM, 2012, p. 179).

É a percepção desse movimento integrado, devidamente observado e narrado, ouvido sem preconceitos a partir do linguajar do sujeito, independente se há ou não correlação fisiológica, mas que se distingue como correlação existencial, que se pode alicerçar uma medicina integrativa corpo/mente/meio. Mais ainda, ao narrar a si mesmo como sujeito da enfermidade com seus sentimentos, o primeiro passo do cuidado passa a ser estimular a percepção do sujeito de que sua experiência vital está amalgamada com seu sofrer, especialmente em enfermidades crônicas.

Nas enfermidades agudas, como exacerbação de uma suscetibilidade mais duradoura, também é possível distinguir o comprometimento global do sujeito, nas quais o modo de se comportar no momento agudo podem revelar uma condição que o predisponha. Nesse sentido, uma prática integrativa pode ser “preventiva”, no sentido de se buscar uma ressignificação do sujeito com seu sofrer em seu cotidiano e assim se manter com robustez em sua sensação de saúde. No momento que percebe a si mesmo nas intrincadas relações existenciais que o trouxeram à sensação de estar doente, ou à uma doença propriamente dita, pode-se dizer que um primeiro passo para transformar sua vida e suas relações familiares ou de trabalho, ou

seja, redirecionar sua conduta para uma reterritorialização que signifique outras relações de poder que até então vinham vigindo.

Pensar a saúde pela perspectiva do cuidado nas práticas integrativas é considerá-la “como verdade do corpo em situação de exercício, expressão originária de sua posição como unidade de vida, fundamento da multiplicidade de seus órgãos próprios (...), a verdade de meu corpo, sua própria constituição ou sua autenticidade de existência” (CANGUILHEM, 2005, p. 43-45). Diante disso, não considero que qualquer tipo de cura representa o final de uma perturbação, que se deva procurar evitar perturbações, ou que, ao trabalhar com nossa genética, se evite a perturbação futura. Mais ainda: que ao trabalhar a cura desta maneira seu processo seja de restaurar, reconstruir, recuperar as funções do corpo que adoeceu.

A “cura” possível de ser pensada nas práticas integrativas implica em um tipo de processo no qual o estado anterior é transformado em outros movimentos existenciais, ressignificando a vida e as relações consigo mesmo em termos do que sente. Se não, o sujeito tende a seguir construindo suas relações com o mundo que tendem a obsedar sua existência. Para Canguilhem (2005, p. 70), a “saúde, depois da cura, não é a saúde anterior”. Desse modo:

saúde é precisa e principalmente, no homem, uma certa latitude, um certo jogo de normas de vida e do comportamento. O que a caracteriza é a capacidade de tolerar variações das normas para as quais apenas a estabilidade das situações e meio (...) confere um valor (...) capaz de muitas normas (...) capacidade de superar crises para uma nova ordem fisiológica [e psíquica] da anterior” (CANGUILHEM, 2012, p. 183).

Considero a cura como um processo em permanente construção, suscetível à perturbações, capaz de um corpo robusto, flexível e responsivo, mesmo quando abalado, um sujeito consciente de suas relações e de como as vive, a partir da percepção de si. Não há “cura” e não há “saúde”, há movimentos em que nos encontramos em sensação de bem estar objetivo e subjetivo que representam processos de transformação no sentido da potência de realização de si em respeito da legitimidade da existência do outro.

Por essa perspectiva de discussão de produção de corpos/sujeitos em que mente e corpo se manifestam em sua atividade vital - irredutível a uma objetividade corporal, não anatomizável, não molecularizada – experimentada por intensidades e fluxos existenciais é que balizamos nossa discussão acerca do corpo, através das manifestações de aspectos vitais de suas enfermidades. É nessa articulação de influências, implicação mútua do corpo e da

mente, do corpo e do meio, nos quais se tece o viver a vida de cada um, em suas historicidades e singularidades, nos efeitos de poder que incidem sobre o sujeito, nas suas relações de trabalho e família, no meio ambiente e na sociedade, nos movimentos existenciais que aí emergem, na forma de sensações e emoções/afetos/desejos; enfim, do ser afetado, é que pretendo articular uma visão de corpo para que se possa pensar outro tipo de cuidado alimentado pelo cuidar de si a partir do falar e refletir sobre si, como lhe afetam suas experiências. É necessário adotar uma postura perante a vida. "Cuidar de si é uma regra coextensiva à vida" (FOUCAULT, 2006, p. 301), do sujeito integral, inteiro, de sua experiência, um "retorno sobre si, um voltar a si, fazer um retorno sobre si" (*ibid*, p. 302), uma ação do cuidado que reterritorialize práticas existenciais noutra configuração de relações de poder que permitam a emergência e a escuta dos sujeitos corporificados.

É nesse cenário que é possível pensar práticas médicas integrativas, pois movem-se em epistemologias nas quais o corpo não é visto enquanto organismo de órgãos, mas um corpo em que se vivem intensidades. As práticas médicas integrativas tendem a estabelecer estratégias de diagnóstico e tratamento que favoreçam o sujeito, capacitando-o a produzir novas relações consigo mesmo, em seu sofrer, e com os outros. De acordo com Contatore *et al* (2017), as práticas integrativas atuam como

possibilidade de desenvolvimento de um cuidado emancipador por apresentar, teoricamente, características como cuidado à saúde a não à doença; diminuir a distância entre profissionais e paciente; não estar limitada à crescente intensificação do uso de tecnologia para obtenção de diagnóstico; satisfazer simbólica e tecnicamente a experiência vivida com o sofrimento pelo sujeito; integrar o bem-estar físico, mental, social e espiritual na sua concepção de saúde; estimular o autocuidado, ajudando os pacientes a desenvolverem atitudes, disposições, crenças, hábitos e práticas que promovam seu bem-estar (CONTATORE *et al*, 2017, p. 558).

6 PRÁTICAS INTEGRATIVAS DO CUIDADO E A NECESSIDADE DE SUA INCLUSÃO NO ENSINO MÉDICO³⁷

Recolocando a primeira frase desta pesquisa, meu pensar dirige-se ao corpo e é nessa perspectiva que discuto algumas práticas integrativas do cuidado, na intenção de desconstruir a “verdade única” do corpo biológico para se modificar as relações de poder que adubam os

³⁷ Parte deste segmento integrou o artigo *Construção de saberes sobre o corpo: o fazer falar de um saber médico* (AZAMBUJA, 2021)

processos de enfermidade. As práticas integrativas, ao valorizar e incorporar a experiência direta do sujeito enfermo narrada na espontaneidade da *práxis* do viver como elemento crucial na elaboração do cuidado, trazem à tona a indissolubilidade da relação corpo/mente nas concepções e trabalho com o corpo (tanto por parte do cuidador médico como do próprio sujeito) e recuperam uma ideia de um corpo mutuamente constituído e imbricado com seu nicho existencial. Discuto a possibilidade e importância das práticas integrativas em medicina e a necessidade de sua inclusão no ensino médico, pois, do contrário, de acordo com Canguilhem (2005, p. 20), se a “partir do momento que a medicina fundamenta seu diagnóstico não mais na observação de sintomas espontâneos, mas no exame de sinais provocados, as relações do médico e do doente com a natureza se vêm perturbadas”. É nossa relação conosco mesmo, com os outros e com a natureza que está em xeque.

Discutir a enfermidade do ponto de vista de um corpo existencial procura o resgate de nossa relação vivencial e espontânea com o mundo, de nossa animalidade (AGAMBEM 2017a) na perspectiva de uma transformação das relações de poder com as quais produzem nossos corpos e subjetividades. Parte do entendimento que a discussão sobre as práticas integrativas se mostram como outras abordagens do corpo, produzindo suas legitimidades enquanto racionalidades médicas: outras possibilidades de corpo e de ser, pois argumentar outra visão para o adoecer é vislumbrar como tais práticas entendem os processos da enfermidade como parte da vida e não como algo estranho à ela.

Claro está que não há unidade e nem uniformidade de percepções entre tais racionalidades. Não se busca tal uniformidade de concepção do corpo. Ao contrário, discuto uma diversidade e heterogeneidade de abordagens sobre a enfermidade e o cuidado que efetivamente apontam para um corpo processual que pode ser “recortado” de múltiplas formas legítimas do cuidado, desde que cumpram com preceitos de racionalidades médicas que contenham um corpo de saberes (LUZ, 2012). O recorte organicista, enquanto uma das racionalidades médicas sobre o corpo, segue tendo sua legitimidade; mas enquanto prática a ser adotada hegemonicamente, entende-se que, com ela, o cuidador médico estará somente rearranjando funções orgânicas objetivas sem o cuidado que o sujeito possa estar necessitando para transformar sua dinâmica de adoecimento. Saber que se pratica e quando se pratica a biomedicina é louvável, mas compreendê-la como única possibilidade pode se transformar em um erro e apresenta limites já discutidos nesta pesquisa.

No cenário de discussões sobre um corpo existencial e suas racionalidades médicas, o currículo médico da UFRGS 2021, conforme o tutorial acadêmico,, em nenhum momento, contempla a discussão sobre o conceito de Racionalidades Médicas como conteúdo importante nas práticas do cuidado ou uma apresentação mínima de quais seriam tais racionalidades. Menos ainda: não há sequer uma menção à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)³⁸, enquanto política que implementa aspectos do projeto Racionalidades Médicas no âmbito do SUS e que possuem capacidade para ampliar as práticas de ações primárias à saúde no Brasil, seja para enfermidades crônicas como para as agudas.

A esse respeito, Ischkanian e Pelicioni (2012) discutiram alguns desafios observados em estudos sobre a implementação das práticas integrativas no SUS. Seus estudos demonstraram a insuficiência no conhecimento de uma Política Nacional, datada de 2006, não só na prática do profissional já formado, mas também desde a formação universitária:

os gestores não estavam preparados para a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que apenas cinco dos 26 entrevistados (em uma Unidade Básica de Saúde na zona norte de São Paulo e em um ambulatório de especialidades) conheciam a PNPIC, que ainda prevalece o modelo biomédico nos atendimentos, que o fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC tem se constituído em um grande problema na unidade, que a divulgação das PIC não tem sido suficiente para que os profissionais e usuários as conheçam (...) As práticas integrativas e complementares não têm ocupado o papel que deveriam e/ou poderiam dentro do SUS para a promoção da saúde” (ISCHKANIAN & PELICIONI, 2012, p. 1).

Todavia, Aguiar *et al* (2019) compreendem que as PIC oferecem a possibilidade de:

redução da medicalização; empoderamento e responsabilização dos usuários; redução da frequência de transtornos mentais comuns; baixo custo; ausência de efeitos colaterais; promoção da saúde. Entre os principais problemas tratados estão: transtornos mentais; relações sociais; psicossomáticos; insônia; doenças crônicas” (AGUIAR *et al*, 2019, p. 1205).

Desse modo, se discute a importância da inclusão desse campo de saber no ensino médico. Observa-se que as PIC, apesar de institucionalmente estarem legalizadas, fazem parte, em tese, dos serviços de atenção primária e serem importantes na contribuição à saúde, gerando condições para um reequilíbrio do sujeito mesmo antes da enfermidade instalada, estão praticamente à margem do universo de saberes dos profissionais.

³⁸A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi oficializada no Brasil em 2006, após aprovação unânime pelo Conselho Nacional de Saúde e é um conjunto de normativas e diretrizes que visam incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares (PICS) no SUS, como veremos na discussão a seguir (<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>)

Outrossim, o crescimento da população, o aumento da expectativa de vida, o incremento de doenças para uma população mais velha e com hábitos alimentares industrializados, a convivência de uma diversidade de hábitos e culturas em uma mesma região, o aumento do número das especialidades médicas e o incremento da indústria em pesquisa médica e medicamentosa são fatores importantes para se levar em conta no cuidado médico contemporâneo, considerando “a necessidade de tomar decisões complexas, [nas quais] a integração entre as distintas disciplinas é o desafio mais premente da saúde” (TELESI JÚNIOR, 2016, p. 99). É nesse contexto que se observa o aumento das demandas por outros saberes do cuidado, como, por exemplo, a Medicina Clássica Chinesa, a Homeopatia, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica, a Ayurveda, entre outros. Segundo Telesi Júnior (2016), além de se mostrarem integrativas com relação às multiplicidades de saberes, também são “capazes de fazer diferença e se tornar parte de um processo renovado de implementação de modos alternativos de promover saúde, não lucrativos, menos onerosos e mais aptos a cuidar do ser humano em sua totalidade” (TELESI JÚNIOR, 2016, p. 100).

Desde a década de 70 a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado a prática de medicinas chamadas de tradicionais, integrativas e complementares (PIC), por se tratarem de práticas centenárias e algumas milenares, em sua maioria de princípios vitalistas (TESSER *et al*, 2018). Conforme os autores, tais práticas “vêm sendo cada vez mais procuradas em contextos nos quais a medicalização permeia a cultura e a identidade das pessoas, inclusive em uma época de biomedicalização acentuada” (TESSER *et al*, 2018, p. 175). O movimento é mundial. Ao se considerar médicos, incluindo os que trabalham em Ações Primárias de Saúde, na Suíça:

46% tem alguma formação em PIC; no Canadá 57% das terapias com ervas, 31% das quiropraxista, 24% dos tratamentos com acupuntura são praticados por médicos; na Inglaterra, 50% dos médicos generalistas do National Health Service usam ou indicam PIC; 32% dos médicos da França e 20% dos da Alemanha usam PIC; na Holanda 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais e 43% consideram os medicamentos homeopáticos como eficazes” (TESSER *et al*, 2018, p. 175).

Esse crescimento pode dever-se a algumas características já citadas dessas práticas: estímulo do potencial de autocura, boa aceitação pela população, baixo custo, maior participação dos doentes no seu tratamento, melhor compartilhamento das práticas terapêuticas, fuga da iatrogenia, outras maneiras de compreensão de sua enfermidade, entre outros motivos (TESSER *et al*, 2018).

As PIC no Brasil ganharam notoriedade e crescimento principalmente após a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 com as práticas de Homeopatia, Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Termalismo/Crenoterapia. Mais tarde, em 2017, foram incorporadas à PNPIC outras práticas: arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Em 2018 outros acréscimos: apiterapia,, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, e terapia floral (TESSER. *et al*, 2018). Segundo os autores, entretanto, não há um consenso em torno dessa ampliação, pois o aumento “da lista de PIC ocorreu em contexto político adverso, sem discussão pública sobre a pertinência e o potencial de efetividade das PIC incorporadas” (TESSER *et al*, 2018, p. 177).

Constam como objetivos gerais da PNPIC:

1) incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; 2) Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; 3) Promover a racionalização das ações em saúde estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e 4) Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p. 24). Suas diretrizes básicas são: “incentivo à inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento das PNPIC em caráter multiprofissional... estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS e articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p. 25).

Tesser *et al* (2018), através de documentos oficiais do Ministério da Saúde, produziram uma revisão acerca das práticas integrativas e complementares desde a promulgação da Portaria PNPIC até a publicação do artigo. Em resumo, eles colocam que, no Brasil, da oferta de profissionais disponíveis que praticam práticas integrativas e complementares, cerca de 78% estão concentrados no trabalho das APS, até o ano de 2016, contabilizando 2.427.919 ações em PIC. Todavia, os autores argumentam que essa quantidade significa uma “insuficiência na oferta de PIC, no que se refere à atividades a ao número de serviços, que são irrisórios para a dimensão do SUS e do Brasil” (*ibid*, p. 178), mesmo que possam demonstrar um crescimento na demanda (*ibid*, 2018). Além disso, os autores

salientam uma lacuna na PNPIC, traduzindo-se numa “ausência importante na literatura, nos relatórios e normativas oficiais das PIC relativas às terapias tradicionais indígenas e afro-brasileiras” (*ibid*, p. 178). Segue-se, ainda, uma “situação de relativa desregulamentação ou pouca legitimação científico-profissional-institucional de várias delas” (*ibid*, p. 180), devido às suas inserções sem discussão prévia de sua oportuna colocação na PNPIC. Todo esse cenário revela uma desregulamentação na implantação das PIC no SUS, afora sua ausência praticamente total nos currículos médicos universitários.

De fato, no Brasil, a “formação em PIC é insuficiente e difusa (...) concentrada em instituições de ensino privadas, principalmente em cursos de pós-graduação *lato sensu*.” (TESSER *et al*, 2018, p. 180), confirmando os dados levantados por Aguiar *et al* (2019). Apesar de algumas iniciativas educacionais através do Ministério da Saúde, oferecendo cinco cursos à distância sobre PIC em ambiente virtual, eles se apresentam, em sua maioria, como cursos meramente introdutórios (TESSER *et al*, 2018). Já em âmbito estadual, em São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde oferece um curso de educação continuada em Homeopatia para médicos e criou uma residência multiprofissional em PIC na qual oferece cursos de aprimoramento em Fitoterapia. Fica evidente, segundo os autores, que, mesmo que não extensivamente mapeado, o ensino de PICs a partir de iniciativas de governo não está à altura das diretrizes da PNPIC de 2006.

No que tange às Universidades, confirmando a percepção entre os profissionais já formados:

menos de 10% dos cursos de medicina oferecidos no País incluíam em seus currículos conteúdos de PICs, [enquanto que] no cenário internacional, esse conteúdos estavam presentes em mais de 80% das escolas médicas canadenses (...) 40% das escolas médicas da União Européia e 64% das 117 escolas médicas norte-americanas pesquisadas em 1998” (TESSER *et al*, 2018, p. 181).

Quando ofertadas nas Universidades brasileiras, o perfil das disciplinas são predominantemente opcionais e informativas, com muita resistência do quadro de professores em incluir tais conteúdos nos currículos (TESSER *et al*, 2018). Quando ocorrem, muito provavelmente não há sequer a inclusão de uma discussão acerca da condição polissêmica do corpo enquanto experiência de configuração existencial: rege, sem dúvida, a hegemonia da biologia do corpo objetivo.

No artigo, os autores informam que, apesar do registro de um crescimento importante frente ao passado mais recente, ainda é insuficiente desenvolvimento das práticas integrativas (TESSER *et al*, 2018). Os projetos são difusos, sem agenda de pesquisa. Em 2013, “a pesquisa em PIC teve seu primeiro edital específico, único [até] os primeiros 10 anos de PNPIC” (*ibid*, p. 182). Foi um projeto amplo que contemplou pesquisadores de 10 estados com as seguintes práticas: acupuntura 26%, fitoterapia 21%, auriculoterapia 10%, medicina antroposófica 4%, homeopatia 2% e meditação 2%, sendo que investigações de mais de uma racionalidade cumpriu com 16% da pesquisa e 19% não especificaram nenhuma PIC. Há também diversidade da presença das PIC no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com “diferentes designações, categorias ou conceitos, tais como medicina alternativa, complementar, integrativa, racionalidades médicas, saúde, vibração mecânica, auto-humanescente, vitalismo, entre outros, indicando a heterogeneidade” (*ibid*, p. 182) que envolve o tema, sem conceber um núcleo de saberes que possa oferecer uma sustentação epistemológica. “Nota-se que há necessidade de investigações que possam produzir um arcabouço teórico integrador, e que proporcionem a construção de análises mais aprofundadas em cada campo” (*ibid*, 2018, p. 183).

São estas as intenções desta pesquisa: produzir um arcabouço teórico integrador que proporcione uma sustentação epistemológica robusta sobre o corpo existencial de intensidades para as PIC; trazer à tona o debate acerca do corpo para integrar tais discussões e estudos aos debates dos currículos médicos; chamar a atenção para a discussão do corpo, pois sem ela não há como compreender outras racionalidades em medicina e para o cuidado. Em outras palavras, colocar o corpo em questão é questionar a nós mesmos sobre nosso papel no mundo; é também quebrar, nem que seja um pouco, a hegemonia da biomedicina como forma de cuidado e de conservação de um biopoder que nutre a servidão e passividade tanto do doente como do médico, atualmente instrumento cada vez mais evidente da indústria de medicamentos. Trata-se de fomentar a curiosidade por modos alternativos do cuidado no âmbito da discussão de um corpo que se apresenta mais maleável, constituído por fluxos de autoprodução e individuação, um corpo que não elimina os órgãos, mas os compreende em sentidos diferentes a partir da experiência do sujeito em seu encontro com o mundo.

A existência de uma política nacional que fomente as PICs sem dúvida corrobora nesse sentido, ao trazer universos do cuidado e de concepções corporais que, mesmo sem

discutir o assunto diretamente, alimentam a idéia de um corpo que se constitui nos processos de relação com o meio e com a vida que se produz ao viver. Para esta pesquisa, o corpo não está dado. Ele é um processo que se faz e se desfaz para se refazer, a partir de um devir em acoplamento sincrônico com o meio de onde surge e intervém.

Como exemplos, trago a Homeopatia e a Medicina Clássica Chinesa por serem as únicas a se enquadrarem no conceito de Racionalidades Médicas (LUZ, 2012) que foram elencadas na primeira promulgação da PNPIC em 2006, além de serem práticas médicas do cuidado amplamente reconhecidas no Brasil (Homeopatia reconhecida como especialidade médica no Brasil em 1980 e a Acupuntura - com o ramo da Medicina Clássica Chinesa - em 1995). Não trago tais práticas com a intenção de legitimá-las nessa pesquisa. Nem poderia. Não é meu objetivo, pois discutimos aqui o corpo existencial de intensidades. Entretanto, fazê-las falar nesta pesquisa torna-se importante para se discutir tecnologias do cuidado que trabalhem com um corpo que se constitui em processos de seus movimentos vitais, tecnologias que entendam a enfermidade como processos dinâmicos da existência, cujo tratamento possa potencializar outro sentido para o viver.

6.1 A Homeopatia

A PNPIC assim se refere à Homeopatia:

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, é baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia (...) A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se nova opção de tratamento (BRASIL, 2006, s/p).

Contribuindo para diminuir a farmacodependência cada vez mais vigente na prática biomédica, entre os benefícios que a PNPIC aponta para a inclusão da Homeopatia como alternativa terapêutica no SUS estão:

recolocar o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde; a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo; atuar em diversas situações clínicas do adoecimento, por exemplo, nas doenças crônicas não transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos

transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2006, s/p)

Na Homeopatia, há um tipo de desconstrução do corpo biológico no sentido de valorização do linguajar do doente como patognomônico³⁹ de suas alterações corporais, pois é a percepção de si, seja a sensação somática ou psíquica, que orienta o cuidado médico, na valorização das intensidades e percepções do sujeito com relação a seus órgãos do corpo enquanto vive no mundo. Para a Homeopatia, o órgão é uma uma intersecção complexa de intensidades sensíveis e simultâneas experimentadas pela ação do sujeito em suas relações existenciais. Nas narrativas do sujeito, interroga-se sobre o órgão não para saber de sua patologia, mas para registrar a experiência sensorial e afetiva do sujeito com relação ao que sente. São as intensidades sensíveis que emergem na vivência do sujeito. Chama-se a isso de sintoma singular e idiossincrático. Desse modo, por exemplo, qualquer dor, em qualquer órgão, importa saber como o sujeito a sente: as sensações de constrição, explosão, facada, alfinetada, latejante, ardida, seu movimento ao longo do corpo, em que direção se estende, que posição corporal piora ou alivia, qual alimentação pode influenciar, qual função fisiológica pode piorar ou melhorar (por exemplo, melhora urinando), que emoções contribuem ou despertam, como sua ação no dia a dia a modifica, exacerbando ou diminuindo, quais outras sensações acompanham, enfim toda uma experiência do sujeito em sua horizontalidade e simultaneidade do sentir.

Com relação à simultaneidade dos eventos corporais e psíquicos, vale observar que a Homeopatia nasce em um período de heterogêneos debates sobre o corpo. Nenhuma perspectiva que vinga historicamente, seja o materialismo da anatomoclínica ou o vitalismo homeopático, têm raízes puras e, ambas, se conformam no processo entre a inovação e a valorização de aspectos já vigentes na prática médica (AZAMBUJA, 2019). Uma das questões que historicamente se poderia comprovar é que Hahnemann⁴⁰, mentor da

39 Patognomônico é um termo usado na medicina que significa "característica de uma determinada doença".

40 Christian Friedrich Samuel Hahnemann publicou a primeira edição do *Organon da arte de curar* em 1810, livro que se considera como a inauguração das práticas homeopáticas. Ele nasceu em 10 de abril de 1755 em Meissen, Alemanha, e morreu em 2 de julho de 1843 em Paris. Filho de Johanna Christiana Spiess e de Christian Gottfried Hahnemann, levou a efeito uma vida de intensa produção intelectual com diversas traduções de matérias médicas, tratados de química e produção escrita dos livros de sua teoria médica. Praticou uma existência nômade sempre acompanhado de sua numerosa família, com mudanças frequentes de endereço e de cidades, sob constante atrito com seus pares na medicina que não aceitavam sua tese

Homeopatia, sem o dizer explicitamente em sua obra, traz alguma herança da prática da medicina classificatória que se exercia à época, apesar das duras críticas que fazia à ela (HAHNEMANN, 1996, s/p). A ruptura patrocinada por Hahnemann é com relação ao fenômeno vital, não material, mas dinâmico, que sustenta sua perspectiva de totalidade sintomática, que aqui ressignifico como singularidade existencial.

De fato, a medicina classificatória trazia, em sua prática, a importância da queixa do doente e da simultaneidade dos sintomas. Segundo Foucault (2004):

a principal perturbação é trazida pelo próprio doente (...) [que] acrescenta como perturbação sua disposição, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial, [em que] não é o patológico que funciona com relação à vida, como uma *contranatureza*, mas o doente com relação à própria doença (FOUCAULT, 2004, p.7, grifos nossos).

Para a medicina classificatória os processos de enfermidade vem a ser que o fato de atingir um órgão “não é absolutamente necessário para definir uma doença, esta pode ir de um ponto a outro de localização, ganhar outras superfícies corporais, permanecendo idêntica em sua natureza.” (FOUCAULT, 2004, p. 9) ou seja, o que se faz “essencial da doença não são, portanto, os pontos de localização (...) é antes de tudo a qualidade [dos sintomas vividos] (...), a doença e o corpo só se comunicam por intermédio do elemento não especial da qualidade” (FOUCAULT, 2004, p. 12). Para a Homeopatia, ocorre o mesmo. A enfermidade pode estar concomitantemente presente em múltiplas superfícies do corpo e não somente localizada em um órgão, porque vale o conjunto narrativo do doente na percepção da enfermidade. Tal descrição é qualitativa, e parte das sensações do sujeito que adoecer ou percebe sua condição alterada.

A perspectiva de entendimento do corpo trabalhada por Hahnemann emergiu partir do método experimental que ele inventou⁴¹ visando uma prática do cuidado que leva em

similia similibus curantur; semelhante cura semelhante, além da incompreensão da ação medicamentosa das doses infinitesimais. Após o falecimento de sua primeira esposa, conheceu e casou-se com Marie Melanie para então ter residência definitiva em Paris com seus quase oitenta anos. Foi lá que morreu e exerceu seus últimos momentos de prática médica, com algum reconhecimento advindo de suas curas na epidemia de tifo e cólera em 1831 nos sobreviventes ao ataque de Napoleão em Leipzig (FRANÇOIS-FLORES, 2014).

41 Não compete à essa pesquisa uma discussão sobre a Patogenesia, método experimental criado por Hahnemann. Aqui é suficiente saber que se trata de um método experimental, duplo cego, no qual nem o experimentador saberá o que toma e nem o diretor individual de prova, consiste de etapas: primeiro um período de auto observação do experimentador no qual ele

consideração o linguajar próprio do sujeito. As experimentações que Hahnemann começou a empreender foram fazendo emergir progressivamente múltiplas percepções de si, quando o sujeito era alterado pela substância experimentada. Os sintomas surgidos na experimentação pelo sujeito sadio proporcionaram a confecção das Matérias Médicas⁴² Homeopáticas que poderiam ser definidas, em resumo, como compêndios de sensações e de funções alteradas percebidas através das narrativas dos experimentadores.

Importa é compreender que a correspondência significativa de sintomas nas narrativas espontâneas, tanto do método experimental como do processo de se enfermar, são os elementos essenciais na prática do cuidado homeopático centrado no sujeito. O sintoma produzido pelo medicamento na experimentação será aquele que guiará a indicação medicamentosa para o sujeito que relata espontaneamente o mesmo sintoma em sua narrativa de enfermar-se: semelhante cura semelhante. Não só um sintoma, mas uma totalidade de sintomas característicos e singulares do sujeito ao adoecer. Para tanto, Hahnemann articula alguns aspectos das práticas da medicina classificatória, mesmo com suas duras críticas ao caráter organicista (HAHNEMANN, 1996, s/p), com suas teorias vitalistas, rejeitando, ao mesmo tempo, o aspecto materialista daquela. Nesse sentido, argumento que, do mesmo modo que para a Homeopatia, para a medicina classificatória, segundo Foucault (2004), o olhar médico, “aberto a essas qualidades tênues, torna-se, por necessidade, atento a todas suas

aprende sobre si e sobre suas sensações e sentimentos, quais são e como se comportam no dia-a-dia, relatados em um caderno de auto observação e compartilhados com o diretor de prova. Um segundo momento, após assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o experimentador inicia a ingestão da medicação por tempo determinado e inicia o preenchimento de um caderno de experimentação, no qual relata as mudanças que observa em si no viver. Tais mudanças serão compartilhadas com o diretor de prova e poderão ser consideradas como efeito medicamentoso. O remédio que produz o sintoma na experimentação será o mesmo que irá ser utilizado para o tratamento no doente que apresentar o sintoma como enfermidade. Cada experimentador sente um tipo de alteração no seu viver a experimentação que é relatado no linguajar próprio de quem percebe a si mesmo corporalmente. Mesmo que apareçam em experimentadores diferentes alguns sintomas também diferentes, mesmo antagonistas entre si, são sintomas que compartilham a patogenesia do mesmo medicamento estabelecendo padrões de afetação e adoecimento, pois na Homeopatia sintomas antagonistas não representam incompatibilidade; ao contrário, podem indicar pólos opostos de uma mesma enfermidade vital. A patogenesia, portanto, faz emergir sensações alteradas, seja no corpo como nas emoções, que se comportam como padrões existenciais e assim serão adotadas como ações terapêuticas através da técnica da semelhança entre os sintomas despertados pelo medicamento na experimentação e os da experiência direta do adoecer do sujeito.

⁴² Matéria médica, refere-se a compêndios ou tratados sobre ação medicamentosa, muito comuns nos séculos XVII e XIX.

modulações; a decifração da doença em suas características específicas repousa em uma forma matizada de percepção que deve apreciar cada equilíbrio singular” (p. 14), ao mesmo tempo em que, nela, “o doente é a doença que adquiriu traços singulares; dada com sombra e relevo, modulações, matizes, profundidade; e a tarefa ao médico será restituir essa espessura viva: é preciso exprimir as enfermidades do doente, seus sofrimentos, com seus gestos, sua atitude, seus termos e suas queixas” (*ibid.*, p. 15). Tais características idiossincráticas e singulares do adoecer, compartilhadas com a medicina classificatória que antecedeu à Homeopatia e à própria anatomoclínica, foram importantes para a concepção de Hahnemann na construção da doutrina homeopática articulada ao vitalismo.

Então vejamos. Na abordagem de uma história clínica, do ponto de vista do médico homeopata, Hahnemann sublinha, no parágrafo 82 do *Organon* (1996), que, para a aproximação tanto das doenças agudas quanto das doenças crônicas, se deve executar uma distinção “cuidadosa dos sintomas característicos que possam ser averiguados, pois é impossível nestas doenças, como em todas as outras, realizar uma verdadeira cura sem um estrito tratamento particular (individualização) de cada caso de doença” (HAHNEMANN, 1996, p. 133). Essa é uma característica fundamental da Homeopatia: a necessária individualização singular da enfermidade, baseada nas narrativas do sujeito, como instrumento e estratégia de diagnóstico para o cuidado. A busca pela singularização do processo de adoecer vai na contramão da generalização patológica que sustenta o diagnóstico e o tratamento da biomedicina. Nesse sentido, a singularização pode proporcionar movimentos de ruptura às categorias de doença que disciplinam corpos na biomedicina.

A enfermidade, como movimento singular e único para cada sujeito, é cara para Hahnemann. Ela é registrada na entrevista com o doente, a partir das narrativas existenciais dos sintomas, ou seja, na caracterização pormenorizada dos sintomas percebidos. É nos parágrafos 83 a 103 (HAHNEMANN, 1996, p. 134-143) que se especificam uma série de instruções para a organização destas narrativas do sujeito enfermo para que se estabeleça uma estratégia de caracterização da enfermidade existencial. Um método que inclui o ouvir e registrar a queixa do doente na linguagem em que foi enunciada, a realização de perguntas abertas e não indutoras de respostas para estimular o autorelato, a investigação dos aspectos mentais do doente, o relato das condições socio-ambientais do processo em que se desenvolveu sua enfermidade, o exame físico do corpo, o levantamento das medicações em

uso, a investigação de fatos da vida do doente que concorrem para o desenvolvimento da enfermidade, seus hábitos, modo de vida e temperamento. Hahnemann, por fim, observa e resume as orientações dos parágrafos anteriores:

uma vez registrada de modo preciso a totalidade dos sintomas que caracterizam e distinguem especialmente o caso de doença, (...) está concluída a parte mais difícil do trabalho. O artista da cura tem, então, a imagem da doença sempre diante de si durante o tratamento. (HAHNEMANN, 1996, p. 144)

E, além disso, é nas narrativas do sujeito que sofre que está a imagem da enfermidade:

não há, de modo algum, nas doenças, salvo a totalidade dos sintomas e suas modalidades [narrados nas palavras do sujeito], nada que possa ser encontrado e que expresse a necessidade de intervenção do auxílio à doença, [e] depreende-se, inegavelmente, que a essência de todos os sintomas percebidos e das circunstâncias em cada caso individual de doença é a **única indicação**, o único denotador do meio de cura a ser escolhido” (HAHNEMANN, 1996, p. 80, grifo do autor).

Cabe aqui uma digressão importante sobre o artista e a imagem na Homeopatia. O médico homeopata precisa saber ouvir e oferecer o tempo necessário na consulta para que o sujeito que consulta possa narrar seu sofrimento. Tal processo não é fácil, pois demanda espaço para o doente e intervenções esporádicas, não diretivas, por parte do médico, enquanto um escultor que encontra uma um bloco de mármore ou madeira em sua frente. O escultor talha o mármore ou a madeira conforme seus veios e linhas de força. A narrativa do sujeito cumpre o papel das linhas de força por onde o artista do cuidado vai se imiscuindo sem, todavia, lesioná-las, sob o risco de perder o conjunto da obra. A madeira ou o mármore ditarão os caminhos, mas é a percepção do artista, sua sensibilidade, que o guiará nos caminhos de construção da imagem. Por sua vez, a imagem é essencial para a percepção de totalidade singular do sofrimento do sujeito. O sofrer é percebido como um modo existencial que não há separação do órgão, do corpo, da mente e das emoções. É uma imagem que se forma a partir da narrativa do sujeito e o médico sensível precisa estar aberto para que o doente o leve para a imagem por ele narrada. Tal é a relação imagem/artista a que Hahnemann se refere.

Mais ainda, a imagem que o sujeito produz em sua narrativa não é fixa nem estanque, mesmo que ela possa ser “conservada” por um período de sofrimento. Mesmo após um tratamento bem sucedido, no qual tal “imagem” se desvaneça e o sujeito passe a se sentir em saúde, outro processo poderá ocorrer no devir do sujeito e a imagem poderá ser outra, guardando, às vezes, alguma semelhança com aquela outra. Então, uma imagem não se refere a algo estático, mas a uma imagem que se movimenta com o tempo e nas relações do sujeito

com o mundo, uma interconectividade à semelhança do conceito de Deleuze e Guattari (2017b) de Acontecimento. O médico/artista do cuidado precisa estar sempre atento a este movimento existencial singular e significativo do sujeito. Essa é sua arte.

À diferença da biomedicina, que para um diagnóstico ser realizado, cada vez mais, é necessário exames bioquímicos, exames de imagem da anatomia (ecografia, tomografia, ressonância magnética, dentre outros) e, mais recentemente, uma análise molecular da constituição genética, “coagulando” ou “fixando” um diagnóstico, para a Homeopatia, apesar dos exames complementares terem sua importância, é fundamental saber pensar e organizar, no tempo, um processo que ao mesmo tempo se transforma e se conserva, uma imagem que é dinâmica e que possa espelhar uma profunda narrativa do sujeito sobre si para a compreensão de seu modo existencial de adoecimento.

A construção desse processo, que por si só já pode ser terapêutico, acontece no curso de um período no qual médico e paciente compartilham narrativas e entendimentos e se busca um medicamento que possa contribuir para alterar a relação do sujeito com a enfermidade que vive. Nesse contexto, o médico não busca por algo em si, tipo uma patologia orgânica, que responda ao mal estar vivido pelo sujeito. É na troca de informações que acontece na entrevista homeopática, que o médico “busca aquilo que é aparentemente desfocado, o impreciso, o que não é nítido ou aparente” (ROSENBAUM, 2004, p. 37): um sintoma que seja peculiar e singular ao sujeito. Aquele sintoma que não apresenta explicação fisiopatológica, que é modificado com a observação do sujeito que vive o adoecer. Ou seja, o médico busca fazer emergir através da narrativa do sujeito aquilo que é peculiar ao próprio que vive a enfermidade. O “foco principal de uma anamnese homeopática não é preciso, mas desfocado, procura o inesperado, o sintoma modalizado, tudo que não tem justificativa etiopatogênica” (*ibid.*, p. 37-38). O sintoma modalizado é aquele que sofre modificações devido à experiência do sujeito: não simplesmente uma dor de cabeça, mas uma que surge sempre depois das 16h; a percepção de que a maioria dos sintomas surgem predominantemente de um lado do corpo ou do porquê há transpiração somente à noite ou de que as agravações dos sintomas ocorrem à meia noite (*Arsenicum album*) e de *Kali carbonicum*⁴³ acontecem às 3h da madrugada, independente da patologia considerada. É a experiência do sujeito que conta.

43 Medicamentos homeopáticos

Isso ocorre pois a Homeopatia admite em seu método uma incerteza que acompanha os processos dinâmicos de auto organização, longe de ser uma ciência exata, como pretende a biomedicina. Importa à Homeopatia a qualidade do sintoma, sua modalização, a forma como emerge na narrativa de acordo com a experiência de adoecer do sujeito: “quanto maior é o grau de originalidade, maior é o interesse semiológico por esse sintoma” (ROSENBAUM, 2004, p. 39) para a prescrição homeopática. São centrais também os sintomas que emergiram na história existencial do paciente, pois nessa racionalidade médica a história biopatográfica pode conter e exprimir uma percepção de si. A individualização é a busca da singularidade do sujeito na contramão da patologia que o torna mais um no grupo dos “diabéticos” ou “cardiopatas”. Em outras palavras, a singularização busca compreender o sujeito em sua história única e com suas sensações idiossincráticas que exprimem sua experiência existencial ao adoecer.

A técnica de entrevista do médico é, em primeiro lugar:

não diretiva, aconselhando o clínico a não ser intervencionista (...) uma técnica aparentemente desestruturada de anamnese (...) [para o médico e para o paciente] a mudança é realmente profunda, quando não violenta: a passagem de um modelo de interrogatório pré-estabelecido e direcionada, para uma condição semi-passiva do discurso (ROSENBAUM, 2004, pp. 45-46)

Assim, o clínico vai atrás da narrativa que emerge a cada momento do sujeito. Em sujeitos diferentes, a mesma doença - asma, por exemplo - revela modalizações e experiências sutis que a singulariza a enfermidade naquele sujeito único e que o faz produzir relações com seu entorno que o cristalizam em seu sofrer. Importa dizer que os sintomas devem ser obtidos “de forma espontânea, que decorreram da livre narrativa do sujeito” (ROSENBAUM, 2004, p. 47). Hahnemann (1996, p. 134) sublinha que o médico, “se possível, permanece em silêncio deixando-o [o paciente] falar sem interrompê-lo, a menos que se desvie para outros assuntos” e na nota ao parágrafo reitera que “cada interrupção perturba o encadeamento do pensamento do narrador” (p. 134), interferindo na percepção de si por parte do sujeito. O excesso de interrupções tem o papel de travar a narrativa do sujeito e de satisfazer a necessidade de poder do médico que imagina que pode saber tudo sobre o doente.

De acordo com Rosenbaum (2004), respondendo à pergunta “então o que é que se busca mesmo em uma consulta homeopática?”, responde:

Não se busca nada definido, e isso torna tanto a anamnese, quanto toda a semiologia homeopática, algo muito distinto do trabalho da biomedicina. Mais trabalhosos

também. Nosso objetivo é capturar o enredo contextualizado da doença (...) a doença em seu sentido mais amplo, *lato sensu*. A doença como a completa rede de sintomas, sinais, sensações e percepções que afligem, perturbam, angustiam, sequelam, paralisam, escravizam ou colonizam o sujeito. Por isso buscamos coisas distintas nos distintos sujeitos” (p. 49). Busca-se o que é singular a cada um para permitir que o sujeito “descubra a rede de conexões que o deixam doente” (ROSENBAUM, 2004p. 57).

Portanto, o tratamento homeopático fundamenta-se na busca da singularização de cada processo de enfermar-se, no qual “cada paciente é examinado muito mais no contraste que o distingue dos demais do que nas semelhanças” (*ibid.*, p. 59), à diferença da biomedicina na qual os doentes são agrupados pelas semelhanças patológicas que seus órgãos exibem.

Trata-se de buscar o que é peculiar no sujeito, tentar transformar a relação do sujeito consigo mesmo e com os outros e, assim, com a própria enfermidade. Não se busca a patologia: “É o que denominamos de *emancipação da patologia*, vale dizer, neutralizar, dentro dos limites peculiares a cada um, a doença como fator determinante da vida do paciente” (ROSENBAUM, 2014, p. 70, grifos nossos). Tratar a doença como enfermidade processual, ou seja, transformar as relações produzidas que o escravizam, as suscetibilidades que adquirem feições múltiplas no processo de investigação da enfermidade e da terapêutica. Isso porque a enfermidade não é dada. Sua imagem se modifica com o tempo, apresenta múltiplas facetas, ressurgem com imagens um pouco diferentes, mas com a mesma predisposição ainda não ressignificada. Em outras palavras, se procura identificar a suscetibilidade singular, contextualizada na experiência histórica e presencial do sujeito. Nesse âmbito, a conduta psíquica e emocional do sujeito ganha importância, pois é na atitude que se fixa um desarranjo passível de se repetir e se armadilhar, “que indica que o sujeito perdeu a capacidade de se emancipar de uma estratégia vital que lhe é danosa e destrutiva” (ROSENBAUM, 2014, p. 213).

Procura-se, com a terapêutica, emancipar o sujeito de sua dinâmica de enfermar-se, modificando basicamente sua relação com a enfermidade no sentido de ressignificá-la ou reterritorializá-la em outras práticas vitais. Não se trata da busca de um “equilíbrio perdido”, mas na construção de um equilíbrio sabidamente instável, dinâmico, no qual, para o sujeito, abrem-se portas de novas possibilidades de existência: sempre um equilíbrio provisório, mas robusto, empoderado e flexível. É trazer a “percepção não induzida de que o que modificou foi sua relação com a doença (...) de que a interferência do tratamento sobre as aquisições

simbólicas do sujeito habilita seus instrumentos a trabalharem melhor” (ROSENBAUM, 2014, p. 221).

Cada sujeito pode ressignificar as cristalizações que o mantinham em sofrimento. Não só as psíquicas, mas também elas. As sensações singulares, os sintomas peculiares, as suscetibilidades idiossincráticas, todas devem ser reterritorializadas para uma nova dinâmica existencial. Em um tratamento homeopático, “o que muda é a relação que a pessoa estabelece com eles [os sintomas], atribuindo-lhes novo sentido e significado” (ROSENBAUM, 2014, p. 226). Mas o autor faz a seguinte ressalva: o medicamento homeopático não é mágico, ele insinua mudanças, abre portais, mostra uma possibilidade diferente, mas não as executa, pois essa é a função ativa do sujeito que se empodera em seu tratamento. O sujeito, no tratamento homeopático, não permanece passivo. Ele é permanentemente estimulado a pensar e falar sobre si e, no curso de seu tratamento, é chamado a trabalhar sobre si, com os estímulos decorrentes do medicamento homeopático, para que a transformação ocorra. Tal é a diferença que se estabelece nas estratégias terapêuticas entre Homeopatia e Biomedicina. Nesta última, o sujeito permanece passivo ao saber do especialista, enquanto que, no processo terapêutico homeopático, o sujeito é estimulado constantemente a tomar controle de si mesmo. Não que seja assim sempre, mas no que tange às estratégias, o campo homeopático oferece mais oportunidades ao empoderamento do sujeito com relação ao seu modo existencial.

O corpo e seus órgãos são atravessados por intensidades vividas narradas na experiência existencial do sujeito. Não se trata mais de um organismo estruturado nas relações fisiológicas de órgãos, mas um corpo que se moldou nas intensidades e nos movimentos do desejo que forjaram relações existenciais e, estas, constituíram a totalidade de nossa corporeidade. Me faz pensar no CsO de Deleuze e Guattari (2012). A Homeopatia produz um recorte na compreensão do corpo em que fluxos e intensidades são os elementos que irão caracterizar e definir nossas experiências corporais. Em suas ações terapêuticas, os medicamentos homeopáticos estimulam o corpo a produzir seus próprios movimentos. Não há uma ação passiva. O sujeito é convidado a se reorientar com relação à enfermidade. Há um movimento de auto organização com relação a si mesmo e ao que sente. A ação terapêutica homeopática tem seu grande valor na mobilização do sujeito e seu corpo, enquanto totalidade singular, para se colocar noutros patamares de territorialidade daquele que vinha sofrendo.

Desse modo, considero que a matriz intensiva caracterizada pelas narrativas do sujeito de como percebe a si em movimento de enfermidade, são as próprias intensidades do corpo existencial produzidas pelo vivenciar do sujeito, enredado em seu sofrer e que, através delas, com uma metodologia terapêutico-experimental, cuja estratégia do falar de si e do agir sobre si mesmo se mostram como uma racionalidade com diferentes técnicas que buscam outra ética para o cuidado médico.

6.2 A Medicina Clássica Chinesa

No que tange à Medicina Chinesa, a PNPIC refere que caracteriza-se por um sistema médico integral originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade (BRASIL 2006). Mais adiante, expõe:

acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças... [e que] inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai chi chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa) relacionadas à prevenção de agravos e doenças, promoção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2006, s/p).

Por fim, a PNPIC coloca que a Medicina Chinesa utiliza uma

linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do yin-yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo deste conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos, que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal e água). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais)” (BRASIL, 2006, s/p).

Há uma série de nomes que referenciam tais práticas: Medicina Chinesa, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Clássica Chinesa. No entanto, creio ser importante uma ressalva. Segundo Daniel Luz (2006, p. 83), “a medicina chinesa tornou-se uma colcha de retalhos onde coexistem idéias e práticas oriundas de períodos históricos e paradigmas substancialmente diferentes. Por isso é difícil falar de ‘uma’ medicina chinesa ou de ‘uma’ tradição chinesa”. A chamada Medicina Tradicional Chinesa denomina um conjunto de

conceitos e práticas oriundas da assimilação pela Revolução Chinesa de antigos preceitos e de omissão a respeito de aspectos da cosmologia que regem o que se poderia chamar de Medicina Clássica Chinesa. Luz (2012) recomenda, então, o uso do termo de Racionalidade Médica Chinesa (RMC), a fim de se pensar como um sistema médico complexo que se fundamenta nos domínios próprios de uma racionalidade médica. A partir de agora assim nos referiremos: RMC.

Entendo que, na RMC, a desconstrução do corpo biológico se vê, à semelhança com a Homeopatia, na concepção de um corpo em movimento por um dinamismo vital. Não percebemos órgãos relacionados fisiologicamente, mas integrados entre si por esse dinamismo vital, no qual o psíquico também é enredado à corporeidade. Todavia, sua complexidade cosmologica abre para uma reestruturação corporal que sofre influências da ordem de intensidades relacionadas ao fluxo de mutações Yin/Yang⁴⁴, implicados aos cinco elementos (metal, madeira, fogo, água e ar), além de uma estruturação dos órgãos a partir de valores e intensidades que são relacionados com elementos naturais regidos por um dinamismo que flui através de canais pelo corpo: os meridianos. A RMC é um saber que se alicerça em múltiplos princípios dinâmicos e intensivos de produção e afetação do corpo. Princípios de excesso e expansão que se alternam com princípios de deficiência e retraimento, cujas relações internas são autogerativas, interdependentes e intra transformadores para a geração do seu oposto. Não é meramente dual, mas complementar, relacional e dinâmica.

Os princípios Yin e Yang podem corresponder a padrões de ser afetado nas cartografias e territorialidades em que se moldam os sujeitos durante seu viver. Além disso, de acordo com a RMC, há correspondências de nossos órgãos aos fluxos de expansão e contração, quente e frio, seco e úmido, masculino e feminino que estão continuamente se transmutando entre si, de forma heterogênea e múltipla. Por exemplo, inicialmente, um sujeito pode estar com uma enfermidade úmida do pulmão, apresentando um atitude mental quente e expansiva. Nesse sentido, esquematicamente, pode-se ajuizar o fluxo de Yang como: sol, dia, céu, masculino, calor, sul/norte, superfície, dorso corporal, porção superior do tronco, vísceras energéticas, agitado, forte, quente, seco, hiperfuncionante, agudo. Já, quando pensamos em Yin, relacionamos a lua, noite, terra, feminino, inverno, leste/oeste, região profunda do corpo,

⁴⁴ Como veremos adiante em pormenores, Yin e Yang são conceitos do taoísmo que expõem o fluxo da polaridade de tudo que existe no universo. Descrevem a relação de duas forças fundamentais, opostas e complementares, que se encontram em todas as coisas.

central e inferior do tronco, sistema sanguíneo, calmo, fraco, frio, úmido, hipofuncionante e crônico.

Tais padrões e dinâmicas nunca estão sozinhas e puras, senão sempre mescladas, em mutação interna, pólos de uma mesma dinâmica complementar, em transformações que são consideradas em suas multiplicidades corporais e subjetivas. No corpo humano, os órgãos de intensidades Yin são aqueles protegidos pelas costelas e vértebras: coração, pulmões, baço-pâncreas, rins; os de intensidades Yang seriam estômago, intestinos (triplo aquecedor), bexiga, vesícula biliar e útero. Seus ciclos e relações não são fisiológicas e, sim, de fluxos de intensidades. Os princípios que regem as intensidades pelas quais circulam Yin/Yang são: profundo/superficial, vazio/excesso, frio/calor. Além disso, há a relação de afetação do corpo com elementos da natureza: a madeira, o fogo, a terra, o metal e a água. Assim, há relações: Madeira (leste, primavera, vento, verde, azedo, fígado, vesícula biliar, olhos, tendões, raiva e grito), Fogo (sul, verão, calor, vermelho, amargo, coração, intestino delgado, língua, vascular, alegria e riso), Terra (centro, início e fim do verão, úmido, amarelo, doce, baço/pâncreas, estômago, boca, músculo, pensamento e cantar), Metal (oeste, outono, seco, branco, apimentado, pulmão, intestino grosso, nariz, pele, preocupações, choro) e Água (norte, inverno, frio, preto, salgado, rins, bexiga, ouvidos, osso, medo, gemido) (WEN, 1985).

Todos esses padrões se entrecruzam de modo heterogêneo e múltiplo na geração de enfermidades. A noção de geração envolve o processo de produzir, crescer e promover um ao outro em uma sequência cíclica e autogerativa, observada na natureza e no corpo: madeira gera fogo, fogo gera terra, terra gera metal, metal gera água e a água gera madeira em um ciclo vital de intensidades observadas na natureza e agenciadas ao corpo. Pode-se perceber múltiplas potências de combinações, interconexões, rizomas, agenciamentos e de reterritorializações possíveis, pois nunca são expressões puras. Observam-se agenciamentos estranhos ao pensamento biomédico: climas, regiões geográficas, órgãos, paladares, manifestações emocionais, tudo em um fluxo de energia que corre por canais e superficializa em pontos ou vales, que podem se combinar e se implicar entre si para a produção de enfermidades dinâmicas, só possíveis de serem compreendidas ao se compreender as relações do corpo/sujeito/meio como unidades indissociáveis e irreduzíveis.

Considerando que qualquer fator que produza perturbação nas relações, de mútua configuração nos processos de transformação e conservação da vida, tem potencial de gerar enfermidade, a RMC pensa a existência do ser humano numa perspectiva de:

macro e micro universos, postulando a integridade do indivíduo como constituído de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais. [Nela] toda doença é vista como fruto de uma ruptura da harmonia interna do organismo, no que concerne ao microuniverso que constitui o homem relacional, no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual” (SELL & JUNQUEIRA, 2014, p. 52).

A RMC é fortemente influenciada, em sua origem, pelo *daoísmo* ou *taoísmo*. Dentre as múltiplas passagens que caracterizam as relações do corpo com o *Yin/Yang* no Livro de Ouro do Imperador Amarelo, no livro (capítulo) I do *Nei Jing*, Ch’i Po responde a uma indagação do Imperador Amarelo sobre como se daria a longevidade e a não decrepitude das ações dos mais velhos:

[as] pessoas que compreendiam o Tao moldavam-se de acordo com o Yin e o Yang (...). Havia temperança no comer e no beber. As suas horas de levantar-se e recolher eram regulares e não desordenadas e ao acaso. Graças a isso conservavam seus corpos unidos às suas almas, a fim de cumprirem por completo o período de vida a que lhes estava destinado (...) reduziam os desejos; seus corações estavam em paz e sem qualquer medo; seus corpos labutavam e, contudo, não sentiam fadiga” (NEI CHING, 1998, p. 7-8).

Vemos aqui um princípio Taoista. A temperança, a disposição de permitir o fluxo livre entre *Yin/Yang*, tão estimulada na cosmologia taoista, mostra-se na importância do moldar-se ao Caminho, cuidar de si no caminhar durante sua existência. O próprio Tao é definido como caminho, mas não qualquer caminho. Trata-se de um tipo de Caminho no qual o que menos importa é nomeá-lo, mas sim simplesmente percorrê-lo.

No primeiro verso do Tao te Ching, lemos que o “caminho que pode ser expresso não é o Caminho constante/ O nome que pode ser enunciado não é o Nome constante/ o Sem-Nome é o princípio do céu e da terra/ Com-Nome é a mãe das dez mil coisas” (CHERNING, 2011, p. 27). O caminho do Tao se define no caminhar, poderia-se dizer, em seu devir em conjunção com as “dez mil coisas” que simbolizam as relações humanas. É uma ação não nominada, sem desejo ou apego, que fortalece o espírito do homem. Não há natureza inata do corpo ou do homem, assim como não há teleologia para o sujeito ser. Ao contrário, há somente o caminhar que se faz ao percorrê-lo. Ao mesmo tempo, quando se definem as coisas e se distinguem através da atribuição de identificações e significados, emerge o mundo

das dez mil coisas. O corpo faz parte desse processo que se produz ao caminhar. Não é dado em uma natureza biológica, constrói-se no processo de viver.

O corpo, na cosmologia chinesa, como princípio, é comparado a um vaso vazio que se constitui e “preenche” no processo de viver, no caminhar: sua utilidade não está na forma física externa e, sim, no interior e é de lá que provém sua longevidade. O Tao nunca é passível de ser descrito em si, o que faz pensar em um Plano de Imanência do qual tudo surge e emerge através de fluxos perceptíveis do viver, um plano que opera as conexões entre os diversos conceitos que o habitam, entre eles a relação com a natureza (DELEUZE & GUATTARI, 2016), ou seja, na produção do Plano de Imanência de um CsO, já discutido nesta pesquisa (DELEUZE & GUATTARI, 2012) .

Tratando das relações com os fluxos da natureza, Ch'i Po coloca a importância de seguir o Tao nos períodos do ano:

Os três meses de Primavera chamam-se o período do princípio e do desenvolvimento da vida (...) o corpo deve ser encorajado a viver (...), e os que desrespeitam as leis da Primavera serão punidos com mal do fígado (...), os três meses de Verão chamam-se de período luxuriante. Devem permitir que as melhores partes de seu corpo e de seu espírito se desenvolvam... se comunique com o mundo exterior (...) os que desrespeitam as leis do Verão serão punidos com o mal do coração (...) os três meses do Outono chamam-se o período da tranquilidade (...) espírito em paz (...) tranquilo (...) os que desrespeitarem as leis do Outono serão punidos com um mal pulmonar (...) os três meses do Inverno chamam-se o período de fechar e armazenar (...) os que desrespeitarem as leis do Inverno sofrerão de um mal dos rins” (NEI CHING, 1998, p. 12-13).

Vê-se nessa prescrição de Ch'i Po a necessidade, para a saúde, de que os indivíduos sigam um preceito de adequação aos eventos da natureza que se apresentam, um movimento ativo de respeito às dinâmicas dos opostos, de caminhar em suas vidas em procura do equilíbrio com o meio em que vivem. Na perspectiva da RMC, corpo se constitui em relação ao meio. Um meio que potencialmente pode perturbar, não somente através de suas características físicas e naturais, mas de atitudes e comportamentos não adequados aos movimentos naturais praticados pelo sujeito. Tais práticas comportamentais deveriam ser reguladas pelo próprio vivente, a partir da sua compreensão singular da cosmologia que o orienta.

Conforme Daniel Luz (2006):

O conceito de *Dao* fundamenta a idéia chinesa de *saúde*, vista como ‘ordem vital’: esta seria menos um ‘equilíbrio’ do que um padrão ou uma *configuração* de processos interligados, que naturalmente muda de matiz para se adaptar às mutações naturais do Céu e da Terra (...) mantém a vida com bem-estar ‘físico’ e temperança nas emoções” (LUZ, 2006, p. 88, grifos nossos).

De acordo com Barsted (2006, p. 54), a cosmologia Daoista (ou Taoísta) “vê o mundo como uma dinâmica de perpétua transformação envolvendo *TIAN* (Céu, complemento de Terra), *REN* (Homem) e *DI* (Terra complemento de Céu) no âmbito do *DAO*”, argumentos que reforçam a postulação de uma integração irreduzível entre cosmo, meio ambiente, estações climáticas, elementos da Natureza e o Homem e recomenda que o sujeito se molde ativamente em termos de atitudes no sentido dos fluxos e dos ciclos desses elementos.

Entre o Céu ascendente e vertical (Yang) e a Terra plana e voltada para baixo (Yin), circula o ser humano nos fluxos Yin (matéria) e Yang (espírito). Nessa dinâmica de relações, o sujeito seria chamado a ser responsável pelo seu próprio estado de saúde, não através de prescrições de remédios químicos ou a partir de uma verdade do especialista, mas a partir de como realiza sua integração no mundo em que vive e de seu comportamento. Para o autor, “‘seguir o Dao’ equivale na prática a seguir o ‘yin/yang’, que é a forma pela qual o mistério do Dao se revela ao mundo” (LUZ, 2006, p. 89). Sell e Junqueira (2014, p. 54) caracterizam o *DAO* como “um dos conceitos mais complexos nas filosofias chinesas”. Mutação, interdependência, complementaridade, transformação, vazio, não-ação, são alguns dos atributos relacionados ao conceito. “Se desligar da natureza ou tentar dominá-la era perder o *DAO*, o que apenas levava à degradação e à corrupção do próprio ser” (SELL & JUNQUEIRA, 2014, p. 54).

Outro aspecto importante na cosmologia da RMC é o conceito de *Qi*. Conforme Barsted (2006, p. 50), trata-se da “categoria mais destacada na medicina chinesa por ser a principal variável explicativa e o principal meio de intervenção no organismo humano”. Segundo Luz, (2006, p. 92), *Qi* quer dizer literalmente “os vapores que emanam do solo em direção ao céu”. Para o autor, a tradução de *Qi* por energia vital não corresponderia exatamente à imagem: escolhe utilizar “Sopro Vital, pois na literatura médica chinesa *Qi* é frequentemente assemelhado ao vento, à respiração, ao ar e ao vapor” (*ibid.*, p. 92). Pelo sim e pelo não, o certo é que o *Qi* se reveste de um poder de movimentação, transformação e impulsão que se assemelham às qualidades energéticas que conhecemos no Ocidente.

Segundo Auteroche e Navailh (1986), as ações de *Qi* emergem e mostram que “tudo no mundo é o resultado de seus movimentos e transformações” (p. 33), assim como nossa constituição corporal e suas enfermidades. O *Qi* estaria presente em todos os elementos e movimentos da vida e relacionado à polaridade Yin/Yang: na respiração (de natureza Yang, pois tende a se espalhar e subir em direção ao céu); na alimentação (de natureza essencialmente Yin, pois proveniente da terra, mas entre os alimentos há os de natureza Yang e outros de natureza Yin) ou no *Qi* dos órgãos. Importante citar as principais características e funções do *Qi*: impulsão e colocação em movimento, regulação da temperatura corporal, proteção corporal, atividade de controle interno e atividade de transformação. Têm deslocamentos múltiplos; intersecção de atividades; redes de movimentações, trocas e transformações; fluxos de ascensão e descida, entrada e saída; “uma circulação de *Qi* detida ou desordenada, movimentos desregrados, trocas entravadas, terão uma repercussão sobre o conjunto dos órgãos do Alto e do Baixo, do Interno e do Externo e provocarão doenças” (AUTEROCHÉ & NAVAILH, 1986, p 41).

Luz (2006) coloca que o *Qi* gera a atividade do corpo como sua principal característica. Sua “insubstancialidade” e permanente mutação é a base dinâmica das transformações das polaridades Yin/Yang e atribuem à corporeidade características diferentes daquelas advindas da estrutura biológica. O adoecer decorre na perturbação da dinâmica do *Qi* em sua manifestação na ordem dos fluxos de autotransformação contínua dos aspectos Yin/Yang. Pode ocorrer tanto em relação ao corpo com o meio (as estações do ano, o calor, a secura, o vento, o fogo, a umidade e o frio, a alimentação), quanto às “influências endógenas, relacionadas à expressão excessiva ou inadequada de uma determinada emoção, chamadas de ‘Sete Paixões’: alegria, raiva, melancolia, tristeza, pensamento (obsessivo), apreensão e medo” (LUZ, 2006, p. 107). Todas essas manifestações contêm elementos das atividades opostas e complementares *Yin/Yang*.

Desse modo, na RMC, destaca-se uma corporeidade de múltiplas ordenações relacionadas a um fluxo e movimento de produção da corporeidade, que se configura ao se relacionar com o meio e consigo mesmo. O adoecimento e seu tratamento se inserem nessa dinâmica. Não bastaria extirpar uma causa orgânica do adoecer, mas reorientar, em aceitação mútua cuidador e aquele que é cuidado, a pensar nas relações da corporeidade com o meio a partir de si. O ato terapêutico se reveste de um cuidado multilateral. O objetivo seria eleger a

terapia que mais favoreça a circulação livre e desimpedida do *Qi*, cuja característica é exatamente a possibilidade de mutação nos fluxos dos opostos e complementares. O que definiria a terapêutica seria a percepção da mutabilidade da morbidade que seria sempre dinâmica, independente do aspecto patológico.

A anatomia, na RMC, também é diferente da que estamos acostumados a ver na biomedicina. Nela, a circulação do *Qi* pelo corpo humano ocorre pelos canais chamados de *Jing Luo*, termo genérico que engloba os meridianos, suas ramificações e seus “pontos” ou “cavidades”, onde circula e se concentra o *Qi* dos órgãos, dos elementos, dos líquidos e que regulam o funcionamento e a saúde do corpo. É neles que atua a prática terapêutica de acupuntura. Sua anatomia é estranha ao ocidente e trabalha o órgão correspondente à distância em relações não fisiológicas, relacionada ao fluxo e circulação do *Qi*.⁴⁵

Todos os canais meridianos modulam funções múltiplas incluindo sintomas físicos, psíquicos, disposições anímicas, síndromes complexas sem relação com órgãos com os quais são nomeados os meridianos, cuja descrição, análise funcional e terapêutica fogem da intenção do trabalho. São estruturas invisíveis, fazendo-se aparecer somente por suas “cavidades” ou “pontos” e tende a mostrar um funcionamento de uma corporeidade interligada sem relação com a estrutura fisiológica e orgânica da biomedicina.

⁴⁵ Como exemplo, descreverei sumariamente o trajeto de alguns canais meridianos associados a determinados órgãos, descritos ao longo do *Nei Jing*, em pares acoplados nas lateralidades do corpo: 1) meridiano dos pulmões: inicia-se no tórax, na região subclavicular, percorre o braço e o antebraço pela face anterior e termina no polegar; 2) do intestino grosso: inicia-se na ponta do dedo indicador, percorre a mão, o antebraço, o braço, o ombro, o pescoço, a face e termina junto a narina; 3) do estômago: inicia-se na cabeça, cruza a face, o pescoço, o tórax e o abdômen, introduz-se no membro inferior e termina na extremidade do segundo dedo do pé; 4) do baço-pâncreas: inicia-se no hálux do pé, segue pelo bordo interno do pé, face interna da perna e da coxa, face anterior do abdômen e lateral do tórax, terminando no sétimo espaço intercostal; 5) do coração: inicia no ôco axilar, passa a face interna do braço, segue pelo antebraço, cruza o punho por sua parte interna e termina na extremidade do dedo mínimo; 6) do intestino delgado: inicia na extremidade do dedo mínimo da mão, continua pelo bordo interno da mão, do antebraço e braço, cruza o ombro e a espádua em ziguezague, entra no pescoço e chega a face, terminando no pavilhão auricular; 7) da bexiga: inicia no ângulo interno do olho, sobe pela testa, cruza o crânio da frente para trás por fora da linha mediana do corpo, desce atrás pela nuca, ganha a espádua que percorre de cima para baixo perto e lateral à linha mediana e ao chegar ao cóccix desaparece da superfície para reaparecer alto na parte da espádua e seguir um curso paralelo ao da linha anterior, mais lateral, entra no membro inferior e percorre sua face externa, quando chega a panturrilha, terminando no quinto dedo do pé; 8) do rim: inicia na planta do pé, sobe pela face interna do mesmo, face interna da perna e da coxa, percorre o abdômen e o tórax, próximo à linha mediana, um pouco antes do mamilo se desvia lateralmente e termina sob a clavícula; 9) do triplo aquecedor: inicia na extremidade do dedo anelar, sobe pelas costas da mão, antebraço e face postero-externa do braço, chega ao ombro, nuca, contorna o pavilhão da orelha e termina no final da sobrancelha; 10) de vesícula biliar: inicia no ângulo externo do olho até região pré auricular, sobe pela face em uma série complexa de curvaturas sobre a orelha, atrás da orelha, subindo anteriormente até a região supraorbitária e depois se voltando posteriormente pelo crânio, descendo paralelamente e posteriormente à linha anterior, ainda pelo crânio, até o ombro, se continuando pela face lateral do tórax em ziguezague, desce pelo membro inferior pela face externa da coxa terminando na extremidade do quarto dedo do pé e 11) do fígado: iniciando na extremidade do hálux do pé, seguindo pelo seu bordo externo e anterior do pé, continua pela face interna da perna e coxa, chega no abdômen e termina no espaço intercostal. (NEI CHING, 1995, pp. 14-120)

Além dos canais/meridianos, há os chamados “pontos” que se distribuem ao longo de cada um dos canais. Por exemplo, no mais extenso deles, o meridiano da bexiga possui 67 pontos bilaterais (NEI CHING, 1998, p. 64), nos quais se pode interferir através da acupuntura. Com relação aos meridianos e pontos de acupuntura, Luz (2006) apresenta uma discussão interessante. Com relação aos meridianos, ele coloca que não seriam simplesmente canais de circulação do *Qi*, mas também zonas de fluxos de intensidade, relacionados ao par complementar *Yin/Yang* e aos pares simétricos dos meridianos: “os pares acoplados sempre pertencem a níveis de intensidades” (LUZ, 2006, p. 102).

Ao mesmo tempo, situados ao longo dos meridianos de fluxo do *Qi*, “são encontradas as cavidades que constituem regiões de troca e absorção das influências do Céu e da Terra” (LUZ, 2006, p. 103). Tais cavidades não existem fisicamente. Seria pelas “cavidades” (os “pontos” de acupuntura) que o fluxo de *Qi* seria suscetível às interferências de agulhamento ou moxabustão⁴⁶. Interessante assinalar que a ideia de pontos de acupuntura, na visão de Daniel Luz (2006), tem como identificação o ideograma *xue*, que simboliza uma “caverna, um buraco, qualquer morada, ou seja, um espaço” (p. 103). A analogia que ele faz da circulação do *Qi* pelos meridianos é de um rio subterrâneo onde corre um fluxo incessante, cujas cavidades permitem inferir, observar e interferir indiretamente sobre seu curso.

Tais cavidades (pontos) apresentam manifestações qualitativas. São elas as

cavidades *Yuan*: fontes que podem tanto dispersar quanto suplementar o canal a que pertencem... cavidades *Lo* de passagem (...) são utilizadas para transferir o *Qi* entre os canais acoplados, mantendo os aspectos *Yin/Yang* (...) as cavidades *Shu* ditas de transporte (...) suplementando ou dispersando a vitalidade dos *Zangfu* (...) as cavidades *Mu* ditas de alarme (...) auxiliares no diagnóstico” (LUZ, 2006, p. 118-119).

Além disso, a diagnose na RMC “trabalha com padrões individuais de adoecimento (...) sujeito a alterações de ritmo, gravidade e trajetória” (*ibid.*, p. 124). Desses padrões, segundo Daniel Luz (2006), os mais utilizados compõem o método dos oito princípios, organizados em quatro pares: Verso/avesso – externo e interno; frio/quente – relacionado como o paciente percebe a temperatura da doença; vacuidade/repleção – relacionados à estagnação e esvaziamento e *Yin/Yang* – sendo esse o par original de todas as transformações.

46 Técnica de aplicação por calor nas cavidades através da combustão das ervas *Artemisia sinensis* e *Artemisia vulgaris*

Conforme Sell e Junqueira (2014, p. 61), há uma relação indissociável entre *Qi* e os polos *Yin/Yang*: “*Yin/Yang* são um tipo de diferenciação de *Qi*, o que lhe dá ritmo e harmonia. Assim há sempre uma alteração dinâmica, nunca uma dominação completa de um aspecto sobre o outro”. Para Auteroche e Navaihl (1986) o “fato de pertencer ao *Yin* ou ao *Yang* não é absoluto, mas relativo, pois de um lado o *Yin* e o *Yang* podem, sob certas condições transformar-se um no outro e do outro lado, todos os fenômenos podem se fragmentar ao infinito em subpartes *Yin* e *Yang*” (p. 14) Os polos antagônicos e complementares *Yin/Yang* cumprem papel essencial no entendimento das dinâmicas corporais. Os ciclos de mutação *Yin/Yang* possuem uma característica interdependente: um sempre contém o outro. Podem, assim, expressar sutilezas que são de seu oposto gerado no seu interior. Não há polo bom ou ruim, há somente fluxos entre duas polaridades que não se excluem, se complementam em sua dinâmica gerativa, perfazendo suas influências em todos os aspectos da natureza.

Nenhum dos dois pólos pode existir separadamente e sua reciprocidade gerativa é permanente, cada um tem o outro como condição de sua existência. Segundo Auteroche e Navaihl (1986):

de um modo geral, em termos de seus significados mais elementares, o “*Yin* determina a matéria, portanto, a substância do corpo humano, o que está no interior. O *Yang* é a função, o que se manifesta exteriormente. O *Yin* é a base material da capacidade de funcionar, é a esse título que é o sustentador do *Yang*. O *Yang* é a manifestação, no exterior, do movimento da matéria interna, de onde ser chamado de o enviado de *Yin*” (AUTEROCHE & NAVAIHL, 1986, p. 15).

Interdependentes, nunca estão em repouso, mas em mútua relação de crescimento e decréscimo recíproco. Porém, se a harmonia “não pode ser mantida, manifesta-se uma elevação demasiada ou declínio demasiado de um ou de outro aspecto, o que causa aparecimento de uma doença” (AUTEROCHE & NAVAILH, 1986, p. 16). Se, na experiência existencial do sujeito, as trocas entre um e outro não se realizam em um fluxo livre, a atividade vital do ser vivo é detida e sobrevêm a enfermidade. É necessário liberdade de transformação nas qualidades *Yin/Yang*. Segundo Barsted (2006, p. 51), nessa perspectiva não há possibilidade “de recortes isolando partes do corpo. Tudo estaria integrado e em interação contínua” em ciclos permanentes de mutação em nossas dinâmicas corporais e mentais, diariamente. As transformações de um pólo no outro em harmonia pressupõem fluxos interdependentes que se interpenetram, gerando-se mutuamente.

Os órgãos em si na RMC se configuram como entidades morfológicas de relação dinâmica, chamados de *Zangfu*, relacionados à teoria dos cinco elementos (ou dos cinco movimentos), conforme percebe-se na tabela abaixo:

Tabela 1 -Correspondência dos *zangfu* e os cinco movimentos/elementos.

CINCO ELEMENTOS	MADEIRA	FOGO	TERRA	METAL	ÁGUA
<i>5 Zang</i>	Fígado	Coração	Baço	Pulmões	Rins
<i>5 Fu</i>	Vesícula biliar	Intestino delgado	Estômago	Intestino Grosso	Bexiga
<i>5 Guan</i>	Olho	Língua	Boca	Nariz	Orelha
Corpo	Musculos e tendões	Pulso	Carne	Pele e pelos	Ossos
Emoções	Raiva	Prazer	Pensamento	Tristeza	Medo

(Fonte: AUTEROCHE & NAVAIHL, 1986, p. 24)

Tabela 2 – Correspondência dos cinco movimentos da natureza.

CINCO ELEMENTOS	MADEIRA	FOGO	TERRA	METAL	ÁGUA
5 Estações	Primavera	Verão	Verão tardio	Outono	Inverno
5 Direções	Leste	Sul	Centro	Oeste	Norte
5 Estados	Vento	Calor	Úmido	Seco	Frio
5 Mutações	Nascimento	Desenvolvimento	Transformação	Recepção	Conservação
5 Cores	Azul	Vermelho	Amarelo	Branco	Preto
5 Sabores	Ácido	Amargo	Doce	Picante	Salgado

(Fonte: AUTEROCHE & NAVAIHL, 1986, p. 2)

Auteroche e Lavaihl (1986, p. 24) referem que não importam os elementos eles próprios, “porém a natureza desses corpos encarados de modo abstrato”, nas correspondências que se faz com o conjunto das possibilidades de relações e de movimentos existenciais:

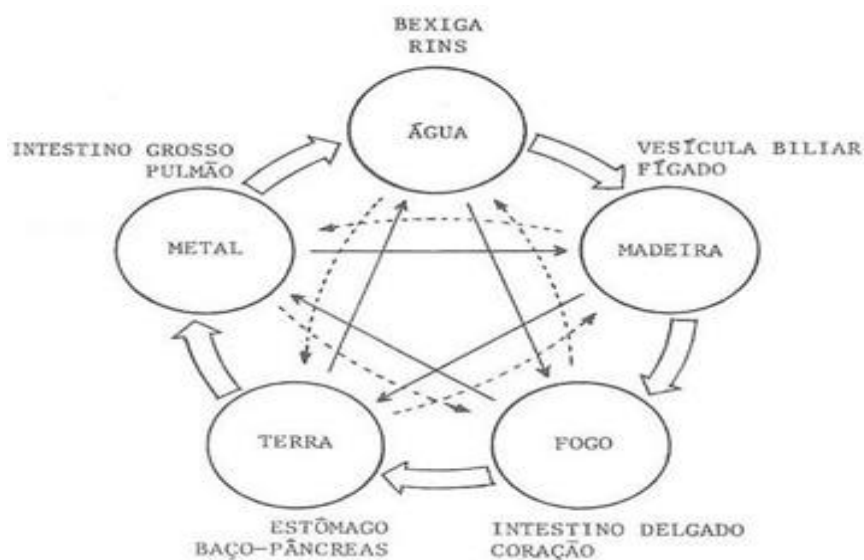
Assim, as propriedades da Madeira são a produção e a flexibilidade. Tudo o que tiver essas particularidades será disposto sob o vocábulo Madeira. Do mesmo modo, será colocado na categoria Fogo tudo o que tiver características do Fogo: calor, *Yang*, inflamação [vermelhidão], [movimento] para o alto. Tudo o que tiver as propriedades da Terra, desenvolvimento e transformação, participará dessa categoria. Tudo o que tiver atributos do Metal, pureza e robustez, entrará na categoria do Metal. Tudo que seja como Água, frio e úmido, será agrupado com a Água (*ibid.*, 1986, p. 24-25)

Por exemplo, patologias consideradas por nome de doenças na biomedicina, como o eczema de estase em membros inferiores⁴⁷, ao apresentar-se úmido pelo exudato, pode ser considerado uma doença Yin (inferior e úmido) com algum componente Yang (pele, externo), relacionada ao Metal (pele) mas também aos rins (controle da água corporal). Se assim for considerada, talvez seja preciso buscar um entendimento, através de outras informações – cor da língua, pulso, emoções envolvidas, tipos de alimentação (sabores) – para a definição terapêutica. Talvez, até se priorize algum tipo de intervenção no fluxo de *Qi* pelo pulmão ou

⁴⁷Eczema de estase representa uma condição em que há dificuldade de retorno venoso nos membros inferiores, proporcionando edema local que, se duradouro, proporciona uma espécie de “alergia” que apresenta exsudato de linfa associado a prurido.

pelos rins, talvez ambos, como veremos adiante, para o tratamento. Enfim, a abordagem se faz de modo indireto, dinâmico, na compreensão de uma globalidade do corpo e do sujeito que adocece. Todavia, se sobrevém algum tipo de quadro infeccioso nessa patologia, o que na biomedicina poderia se chamar de erisipela⁴⁸, tal enfermidade, de componente *Yin* predominante, passa a se apresentar dinamicamente *Yang*, podendo seu tratamento ser considerado nas intervenções do fluxo de *Qi* pelo coração (fogo) ou pelo fígado (madeira), a depender de que tipo de sujeito está no processo de adoecer. As relações entre os *Zangfu* são de um dinamismo permanente, nas quais se produzem influências de Produção, Dominação, Agressão (lesão) ou de Inibição, como pode ser visto na figura a seguir:

Figura 1- Ciclos de geração (flechas exteriores), de dominação e agressão (flechas internas) e de contradominação (flechas pontilhadas)



(Fonte: Medicina Chinesa APT⁴⁹)

As relações entre os órgãos não são fisiológicas. São de influência, gerativa ou restritiva, ao fluxo de *Qi*. Não há o primeiro, o início, e não há o fim, há sempre a circulação de relações em harmonia com os elementos enquanto significantes de forças. Da mesma maneira são as representações dos elementos/movimentos. É nesse fluxo de interdependência, associado ao entendimento dos sintomas nos fluxos *Yin/Yang* – de expansão/contração,

⁴⁸ Erisipela é uma condição infecciosa de membros inferiores.

⁴⁹ Ciclos de geração, de dominação e agressão, e de contradominação. Medicina Chinesa APT, 2019. Disponível em: <<http://www.medicinachinesapt.com/filosofia.html>>. Acesso em 21/08/2023.

quente/frio e demais significantes associados aos pólos opostos e complementares – em um universo dinâmico e interdependente que agirá o médico nas práticas da RMC.

O tratamento, na RMC, além da abordagem acupunturista, orienta dietas baseadas nos sabores dos cinco movimentos, no sentido de estimular determinada direção do *Qi*, massagens, fitoterapia também alicerçadas em sabores amargos, doces adstringentes ou salgados e terapias para a harmonização do *Qi* sob a forma de exercícios como o *Qi Gong* e artes marciais, em especial as internas como o *Tai-chi-chuan*. Observa-se que o sujeito é colocado como coparticipante, peça essencial, através do modo como sente e vive sua enfermidade, para se estabelecer estratégias terapêuticas, que incluem seu bem viver a partir das verdades de sua existência.

Trago essa pequena resenha da RMC com o intuito de uma possibilidade de reflexão acerca do corpo e de outras maneiras de se pensar nossa corporeidade no que se refere aos processos de viver e adoecer. Busquei, tão somente, alinhar alguns aspectos da RMC no sentido de trazer possíveis aproximações com uma proposta de visão de corpo que se relaciona coconstitutivamente com o meio, com um tipo de organização interna que não se baseia na forma de organismo e que possui propriedades de auto organização dinâmica coconstitutiva ao meio em que vive e de onde emerge como organismo (PRIGOGINE 1996, 2002; VON FOERSTER, 2006, MATURANA & VARELA 1995, 1997). Trata-se de uma corporeidade que se organiza sob uma forma dinâmica e existencial, cujas intensidades são relacionadas principalmente com uma cosmologia de relações circulares, complementares e ininterruptas. Percebe-se que há uma morfologia dinâmica e em permanente mutação, ao mesmo tempo equilibrada e harmoniosa, que se corresponde constitutivamente com o meio, mantida por forças imateriais. Tais potências imateriais partem de uma cosmologia avessa à materialidade como estrutura básica e se volta para tipos de intensidades e fluxos. Esses, quando em relação e interconectados em uma rede múltipla e heterogênea, permitem ao médico outra percepção de corpo e de adoecimento. Nelas, a mente e o corpo se intersectam de modo diversificado, com lógica interna, com múltiplos aspectos estranhos ao pensamento ocidental de forte influência cartesiana.

Os sintomas na RMC não são relacionados a órgãos e às suas relações fisiológicas, como estamos acostumados a pensar na biomedicina, senão aos simbolismos e influências de

como a Natureza interfere em nossa vida. Dessas interferências, produz-se um saber e práticas médicas que valorizam a existência relacional e se transmutam constantemente e a interrupção desse fluxo se mostra patológica. Emerge um tipo de relação que é peculiar, singular, entremeada de relações simbólicas com o meio e traz a responsabilidade do tratamento de enfermidades para o sujeito a partir das relações que ele mesmo produz ao viver e se perceber enfermo. A subjetividade, suas relações e simbolismos, a experiência existencial, os movimentos vitais do sujeito passam a ser a fonte das diretrizes terapêuticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A postura interdisciplinar em medicina somente tem a ganhar para o doente. Estar consciente de que nossa corporeidade é dinâmica e intensiva, coconstituída consigo mesmo em sua forma existencial e com o meio onde vive, dos quais sofre perturbações, amplia sobremaneira nossa capacidade de cuidado consigo e com o outro, além de oferecer ao sujeito enfermo outras possibilidades terapêuticas fora do alcance biomédico, um direito que todos necessitamos possuir. A inclusão da subjetividade, do sujeito como totalidade existencial em interação contínua com seus fluxos vitais nas estratégias diagnósticas e terapêuticas só tem a acrescentar para outro tipo de cuidado, no qual parte-se da experiência singular para estabelecer estratégias de produção de si mesmo em sentir-se bem.

A pesquisa argumentou não somente a importância, mas a amplitude e profundidade das implicações geradas pelo biopoder, na conformação e produção de saberes sobre o corpo biológico, desde sua historicidade (FOUCAULT, 2004) até as mais contemporâneas novidades como a genética molecular (ROSE, 2013), as práticas de bioescase (ORTEGA, 2003) e a gestão de risco preemptivo (CASTIEL, 2016). Tal perspectiva gera a percepção 1) de que somente a objetividade em si é capaz de enunciar verdades; 2) de que, por esta perspectiva, o saber biomédico sobre o corpo seria a-histórico; 3) que tal saber se alicerça na fragmentação do corpo e do sujeito em especialidades e, mais recentemente, na genômica; 4) que as práticas de bioescase, baseadas nos saberes biomédicos, associadas à genômica e às gestões de risco, pretendem produzir um corpo humano longo, a partir do qual se poderia pensar subjacentes políticas eugênicas. O sujeito e sua existência singular, emocional, sua

corporalidade mesclada ao meio é recortado em partes cada vez mais mínimas e considerado disjuncto de suas interfaces e integralidade com o meio (CZERESNIA, 2000, 2008).

Ponderou-se que o ensino médico é orientado, basicamente, conforme a perspectiva biologicista, deixando pouco ou nenhum espaço para uma discussão mais intensiva acerca de como os saberes sobre o corpo se conformam historicamente na sociedade e na sua constituição psicofísica a cada momento devido às ações existenciais do sujeito. No ensino médico, o corpo é visto como um conjunto de dados objetivos, natural, inato, no qual as condições sociais, o meio e a subjetividade minimamente participam da conformação corporal. As doenças, no campo da biomedicina, como alterações dessa natureza biológica, gera tipos de mecanismos e estratégias de cuidado que visam o controle do corpo para melhor adequá-lo, ou melhor dizendo, docilizá-lo e discipliná-lo em suas atividades no mundo. Os dois últimos anos do ensino médico têm uma ênfase nos internatos hospitalares. A estrutura hospitalar, tal como foi historicamente concebida, é instrumento dessa perspectiva como instituição de sequestro (FOUCAULT, 2002). Apesar das transformações dos currículos, buscando reorientar as ações do cuidado para a Atenção Primária, tal perspectiva encontra obstáculos na concepção biologicista do corpo, dependente de alta tecnologia e insumos caros para o SUS. Desse modo, as emergências hospitalares, como única alternativa, dado o engessamento gerencial do sistema público de saúde, terminam superlotadas.

Não é fácil desconstruir o corpo biológico. A objetividade científica, pelo fato de seu sucesso na manipulação do meio e dos corpos, ganhou, na história da produção de seus saberes, imensa repercussão. Suas técnicas alcançaram a matéria desde o microscópico até os cosmos. Somos continuamente subjetivados deste sucesso como única possibilidade de conhecermos. O ensino em Medicina não comporta outras discussões acerca do corpo e outras possibilidades de se compreender a enfermidade. Por isso o tamanho da discussão, primeiro da desconstrução do estrito senso biológico do corpo e depois da árdua tarefa de produzir uma visão alternativa, existencial. Mas o destinatário final da pesquisa é o ensino sobre o corpo, ou seja, conhecer de como o conhecemos para produzir outros saberes.

Tal condição mostra a necessidade de se discutir uma alternativa conceitual robusta que possa lançar bases para a legitimação de outro modo de se produzir ciência, que necessita ser incluída nos conteúdos curriculares em Medicina. Assim, a tese apresenta modos de

pensar o fazer científico por outro horizonte. O curso de Medicina não pode ser baseado cada vez mais em técnicas e tecnologias industriais. O ato do cuidado é um ato humano em relação a outro humano. Carrega uma ética de empoderamento do sujeito frente ao saber do corpo, buscando uma independência dos saberes externos do especialista. Devemos, portanto, ousar e abrir possibilidades para outros pensares acerca do corpo.

Nesse sentido, a pesquisa que trazemos discute, como exemplo e possibilidade, uma visão de imunologia e contágio integrativa (VAZ & PORDEUS, 2005; CZERESNIA, 2000), uma noção de sistemas auto organizados (PRIGOGINE, 1996 e 2000) e uma visão de auto organização dos sistemas vivos em que se concebe a ação cognitiva dos organismos em geral e dos seres humanos, em particular (MATURANA 2001a, 2001b, 2001c, MATURANA & VARELA 1997) e, com ela, uma nova percepção do vivo como processo autopoietico. Com ela, emerge uma ideia de corpo de intensidades que se orienta em sua constituição corporal em relação com o meio de onde surge e com sua historicidade singular. Um corpo que se molda de acordo com sua atividade no mundo, numa integração com os espaços psíquicos que produz e faz distinguir a si mesmo nesse processo. Traz, nessa perspectiva, o conceito de Corpo sem Órgãos (DELEUZE & GUATTARI, 2012)

Essa perspectiva dinâmica de constituição corporal, que abarca os movimentos de saúde e enfermidade, que inclui a relação consigo mesmo e com o mundo onde exerce suas atividades, é uma discussão que se dirige à produção de novas relações de poder entre sujeitos e do sujeito em si, através de sua experiência existencial. Pode-se inferir que está no âmbito da conformação de um biopoder que se dirige a uma ética do sujeito com o mundo que não seja meramente exploratória, mas de respeito e de se assegurar a legitimidade do diverso, do singular enquanto forma e técnica do cuidado. Tais discussões precisam alcançar o ensino médico, pois no esgotamento da biomedicina (ILLICH, 1975), mesmo se modificando segundo o crescimento das pesquisas de manipulação do corpo, conservam-se as relações de poder, senão se aprofundam na docilização de sujeitos e seus corpos.

Entendo que seja fundamental essa discussão no campo acadêmico; que se abram perspectivas de investigação de uma tecnologia embasada na experiência do sujeito, manifestada em seu linguajar próprio, pois é dele que emerge toda nossa atividade cognitiva do mundo e de si mesmo. O cuidado em geral, e a Medicina em particular, necessita

acrescentar outros saberes, tecnologias do sujeito, para que se oriente no sentido de um respeito à nossa condição de humanos. Mais ainda, que se dirija ao mundo de forma ética, compartilhada e respeitosa, nos considerando como uma parte de tudo, trazendo a necessária legitimação da diversidade, residência de toda singularidade animal que nos cerca e da qual fazemos parte.

A inclusão, a nível acadêmico, de um estudo sobre o corpo existencial de intensidades, como nomeado nesta tese, ou de qualquer perspectiva que aponte para um corpo dinâmico, fluído, que se transmuta a partir de sua atividade no mundo, cuja interface com o exterior molde o organismo de acordo com suas possibilidades auto organizativas é central para se reordenar as relações de nossa espécie com a Natureza, enquanto um nicho existencial gerado por nossa atividade. Pois nada é separado. Tudo se conecta como um Rizoma (DELEUZE & GUATTARI, 2017b). Tal debate, uma vez iniciado na academia, pode ultrapassar seus limites e inundar o campo social, patrocinando outras relações de poder entre sujeitos ao nível do trabalho, nas famílias, nas relações sociais de um modo geral. Pode, outrossim, trazer para a pauta diária dos sujeitos questões ecológicas mais amplas, insinuando novas condutas particulares e populacionais de cuidado com o outro e do meio ambiente, pois parte do cuidado de si. Transformar a si mesmo a partir da própria experiência para se conseguir transformar o mundo. Portanto, estudar Medicina não se trata somente de olhar a estrutura biológica, mas de produzir outras relações entre sujeitos e o mundo, assim como dos sujeitos consigo mesmos.

O objeto desta pesquisa é o corpo, o corpo que vivemos. É com o corpo que exercemos nosso viver, nossas emoções, nossas relações afetivas, nosso nicho existencial, nossa sensação de saúde e nossa relação com a enfermidade. O corpo é gerado a partir das atividades corporais que produzimos. Não existe previamente ao nosso fazer no mundo. Nós o produzimos em plena atividade existencial. Reduzir o corpo a uma objetividade biológica é reduzir nossa existência a uma generalidade material e impessoal, assignificante. Precisamos gerar significado para nosso fazer. Estudar a conformação corporal a partir de uma dinâmica existencial de intensidade propicia esse movimento. É aos estudantes de Medicina que dirijo essa pesquisa, aos pacientes que se enfermam e necessitam de um cuidado humanizado. Não somente a eles, mas a todos que se preocupam eticamente com o que estamos fazendo conosco e com o planeta.

Os exemplos das práticas integrativas foram trazidas para mostrar que há caminhos para se pensar o corpo existencial de intensidades. Se, em termos de produção de uma política nacional para as práticas integrativas, o Brasil tem avançado com a publicação em 2006 da PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares), muito temos que avançar em sua operacionalidade. Gurgel et al (2021), em estudo transversal descritivo e quantitativo, realizado na Faculdade de Medicina do Recife, concluíram que os resultados obtidos “demonstraram que a comunidade acadêmica de Medicina tem pouco conhecimento sobre as PICS. Apesar disso, a maioria de docentes e discentes recomendaria o uso das PICS para seus pacientes e entende a importância delas para o SUS” (GURGEL *et al*, 2021, p. 8). Apesar de diagnosticarem um elevado interesse no assunto, tanto por parte dos docentes como dos discentes, ficou evidente:

a notória a carência teórico-prática dos discentes e docentes sobre a temática. A introdução das terapias complementares na base curricular do curso de Medicina repercutiria em um melhor debate de cunho educativo sobre a importância das PICS na graduação médica e contribuiria para uma melhor qualificação dos futuros profissionais em saúde para que estejam mais bem preparados para o cuidado integral, considerando o aumento da demanda por práticas integrativas e complementares (GURGEL *et al*, 2021, p. 8).

Há uma política, há interesse docente e discente, mas não há incentivo curricular e de formação, tanto para professores como para alunos. E para que, epistemologicamente, seja robusta tal discussão, defendo a importância do debate acerca das intensidades e dos fluxos de constituição e auto organização do corpo.

A PNPIC traz a oportunidade, se incluída na formação médica, de se poder pensar o corpo de múltiplas formas, cuja legitimidade se encontra nos conceitos de Racionalidades Médicas (LUZ, 2012). Com isso, a pesquisa aponta que há critérios claros, transparentes, lógicos e socialmente aceitos de que existem outras maneiras de se conceber o corpo e o cuidado. Uma Racionalidade Médica que comporte critérios para sua legitimação. Mas não foi com a intenção de legitimá-las que foram citadas nesta pesquisa. Foram trazidas somente como exemplos de multiplicidade e heterogeneidade da conformação corporal e de como se pode produzir tecnologias no cuidado de si nas intersecções com o meio ambiente e com a legitimidade existencial do outro.

Conforme Foucault (1996, p. 48), trata-se de analisar as racionalidades “como ‘jogos de verdade’ específicos, relacionados à técnicas específicas que os homens utilizam para

entender a si mesmos”. Em particular as tecnologias que permitem aos indivíduos efetuar, por conta própria, e com a ajuda de outros, “um certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, condutas, ou qualquer forma de ser, obtendo uma transformação de si mesmos, com a finalidade de alcançar certo estado de felicidade, pureza, sabedoria” (*ibid.*, p. 48). Um cuidado que compartilha responsabilidades com o sujeito; mais ainda, que considera o sujeito artífice de seu processo de cura e que cura não é o retorno ao estado anterior, mas uma nova relação consigo mesmo (CANGUILHEM 2005, ROSENBAUM, 2004, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACRANI, G.O. et al. *O papel dos vírus na árvore da vida*. Ciência Hoje, vol 49, 2012

ADORNO, Francesco Paolo. A tarefa do intelectual. O modelo socrático. In: Foucault: a coragem da verdade. Org. Frédéric Gros. Trad. de Marcos Marcionilo. São Paulo, Parábola Editorial, 2004

AGAMBEM, G. *O Aberto, o homem e o animal*. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 2017a

AGAMBEM, G. *O uso dos Corpos, Homo sacer, IV,2*. São Paulo, Ed. Boitempo, 2017b

AGUIAR, J. et al. *Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira*. Rev. Saúde Debate, vol 43, nº 123, p. 1205-1218, dez 2019

ARISTÓTELES. *Sobre a alma*, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2010.

ARTIÈRES, P. *Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault*. In: Foucault: a coragem da verdade. Org. Frédéric Gros. Trad. de Marcos Marcionilo. São Paulo, Parábola Editorial, 2004

AUTEROCHE, B. & NAVAIHL, P. *O diagnóstico na medicina chinesa*. São Paulo, Andrei Editora, 2986

AZAMBUJA, R. S. *O corpo, a mente e o sujeito: Será possível um cuidado de si em saúde que considere o modo existencial do paciente?* Dissertação de mestrado, PPG Educação em Ciências – UFRGS, 2019 <http://hdl.handle.net/10183/193078> Repositório Digital UFRGS

AZAMBUJA, R.S.. *O poder sobre a vida: os corpos regidos pela prática biomédica versus corpos de intensidades*. Revista APH.org.br v.84, n.1 (2023)

AZAMBUJA, R.S.. *Construção de saberes sobre o corpo: o fazer falar de um saber médico*. Rev. Filosofia PUC Minas Sapere Aude, v. 12 n. 23 (2021): FILOSOFIA E SAÚDE (2021) DOI <https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2021v12n23p128-147>

AZAMBUJA, R.S. . *Apontamentos sobre o corpo e o cuidado de si*. EDUCAÇÃO, GÊNERO E SEXUALIDADE: PERSPECTIVA CRÍTICA E DECOLONIAL NO ESPAÇO ESCOLAR E NÃO-ESCOLAR. Cap 2, pp 24-36, 2021, DOI 10.37885/210504576

AZEVEDO, M.A. & OTHERO, J.C.B. *Human death as a triptych process*. Mortality, vol 25, nº4, 2020

BACHELARD, G. *O novo espírito científico*. Lisboa – Portugal, Edições 70, 1996

BALANDIER, G. *A desordem – elogio do movimento*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1997

BANDEA, C.I. *The origin and evolution of viruses as molecular organisms*. Atlanta-EUA, National Center for Infectious Diseases, <https://www.nature.com/articles/npre.2009.3886.1>

BARSTED, D.W.V.L. *Cosmologia daoísta e medicina chinesa*. In. NASCIMENTO, M.C. (org) *As duas faces da montanha – estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2006

BASQUES, M. *O DNA francês: biossociabilidade e politização da vida*. Sci. stud. 5 (3) Set 2007

BENEVIDES, P.S. et al. *A interioridade psicológica face aos novos regimes de visibilidade*. Rio de Janeiro, ECOS – Estudos Contemporâneos da subjetividade, 2017.

BERNAT, J.L. *The whole-brain concept of death remains optimum public policy*. Journal of law, medicine & ethics. Vol 34 nº1, 2006, pp 35-43.

BERNAT, J.L. . *Whiter brain death?* The American Journal of Bioethics 14(8): 3-8, 2014

BONDIA, J.L. *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*, Revista Brasileira de Educação nº19, pp 20-28, 2002

BOTELHO, J.F. *Epigênese*. In. VAZ, N. *Onde está o organismo?* Florianópolis, Editora UFSC, 2011

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006

CANGUILHEM, G. *O conhecimento da vida*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012

CANGUILHEM, G.. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005

CASTIEL, L.D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociência*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1999

CASTIEL, L.D.. *A saúde persecutória – os limites da responsabilidade*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007

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

CHERNG, W.J. *Tao Te Ching – o livro do caminho e da virtude*. Rio de Janeiro, Ed MAUAD, 2011

CHIBENI, S.S. *O que é ciência?* Campinas – SP, Jornal do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas UNICAMP, 2004 <https://www.unicamp.br/~chibeni/textosdidaticos/ciencia.pdf>

CONTATORE, O. A. et al. *Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia*. Rev Interface Comunicação Saúde Educação, 21(62): 553-63, 2017

CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão – ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro, Ed FIOCRUZ, 2000

CZERESNIA, D. *Epidemiologia, Ciências humanas e sociais e a integração das ciências*. Rev Saúde Pública, 42(6): 1112-1117, 2008

CZERESNIA, D. *Categoria Vida: reflexões para uma nova biologia*. ED UNESP, São Paulo e Editora da FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2012.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil platôs vol 3*. São Paulo, Ed 34, 2012

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. . *O que é a filosofia*. São Paulo, Ed. 34, 2016

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. . *O Anti-édipo*. São Paulo, Ed. 34, 2017a

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. . *Mil platôs vol 1*. São Paulo, Ed 34, 2017b

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. . *Mil platôs vol. 4*. São Paulo, Ed 34, 2017c

DIDI-HUBERMAN, Georges. *Que emoção! Que emoção?*, São Paulo: Editora 34, 2016

FAURE, O. *La mirada de los médicos*. In CORBIN, A. et al. (orgs) *Historia del cuerpo*. Madrid-Espanha, Editions du Seuil, 2005, vol 2

FAVRET-SAADA, J. *Ser afetado*, São Paulo, rev Cadernos de Campo n.13: 155-161, 2005

FERREIRA, J. & PEDRO, R.M.L.R. *Biossociabilidade e biopolítica: reconfigurações e controvérsias em torno dos híbridos nanotecnológicos*. Buenos Aires, REDES vol 15, n29 pp 177-196

FEYERABEND, P. *Contra o método*, São Paulo: UNESP, 2003.

VON FOERSTER, H. *Las semillas de la cibernética*, Barcelona: Gedisa, 2006

FONSECA, M. A. *Entre a vida governada e o governo de si*. In: *Cartografias de Foucault*, Belo Horizonte, Autêntica Editora, 2008

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro, Ed Graal, 1985

- FOUCAULT, M. *Tecnologias del Yo*. Barcelona, Espanha, Ed Paidós Iberica SA, 1996
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas – uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo, Martins Fontes, 2000
- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro, NAU Editora, 2002
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a
- FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos V*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004b
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo, Martins Fontes, 2005
- FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo, Martins Fontes, 2006
- FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. São Paulo, Martins Fontes, 2008a
- FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo, Martins Fontes, 2008b
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2008c
- FOUCAULT, M. *Do governo dos vivos*. São Paulo, Centro Cultural Social, E-book, 2009
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2010a
- FOUCAULT, M. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Verve, 18: 167-194, 2010b
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir – Nascimento da prisão*, Petrópolis RJ, Vozes, 2014
- FRANÇOIS-FLORES, F. D. *El prodigio de Meissen*, México-DS: Ed autônoma - 1000 exemplares, 2014
- FREITAS-SILVA, L.R. & ORTEGA, F. *A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo*. Physis, 24 (3) jul-set 2014
- GADAMER, H-G. *O caráter oculto da saúde*, Petrópolis RJ: Vozes, 2006
- GADELHA, S. *Governamentalidade neoliberal, teoria do capital humano e empreendedorismo*. Rev. Educação e Realidade, 34(2), 171-186, mai-ago 2009

GADELHA, S.. *Biopolítica, biotecnologias e biomedicina*. Rev. Subjetividades, vol 15, nº3, dez 2015

GALLO, S. *O problema e a experiência do pensamento: implicações para o ensino da filosofia*. In Filosofia, Ensino e Aprendizagem. BORBA, S. & Kohan, W. orgs, Autêntica Editora, Belo Horizonte, MG, 2008.

GROS, F. *Situação do curso*, In. FOUCAULT, M. *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo, Martins Fontes, 2006

GUATTARI, F. *Caosmose*. São Paulo, Ed 34, 2012

GUEDES, C.R. et al. *A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico*. Ciência e saúde coletiva 11(4): 1093-1103, 2006

GURGEL, I. g. d. et al. *Práticas integrativas e complementares em saúde: interesse da comunidade acadêmica e os desafios do ensino médico*. RBEM Revista Brasileira de Educação Médica, 45 (4) : e235, 2021

HAHNEMANN, S. *Organon da arte de curar*, São Paulo: Robe Editorial, 1996

HAN, B-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis-RJ, Vozes, 2017a

HAN, B-C.. *O que é poder*. Petrópolis-RJ , Vozes, 2019

HEGENBERG, L. *Evolução histórica do conceito de doença*. Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELOBooks .Rio de Janeiro

HELMANN, C.G. *Doença versus enfermidade na clínica geral*. Biblioteca Digital de Periódicos, trad. Soraya Fleischer (UnB), 2009

HIPÓCRATES. *Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos*. LANDY Editora, São Paulo, 2002

HOFFMANN, R. *O mesmo e o não-mesmo*. São Paulo, Ed UNESP, 2000

ILLICH, I. *A expropriação da saúde – Nemesis da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975

- ISCHKANIAN, P.C. & PELICIONI, M. C. F. *Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde*. PEPSIC Journal of Human Growth and Development Rev Bras crescimento desenvolv hum. vol 22 nº2 São Paulo, 2012
- KECK, F & RABINOW, P. *Invención y puesta en escena del cuerpo genético* (In: CORBIN et al, orgs, *Historia del Cuerpo*), Espanha, Editions du Seuil, 2006
- KELLER, E.F. *O século do gene*. Belo Horizonte, Ed Crisálida, 2002
- KICKHÖFEL, E.H.P. *A lição de anatomia de Andreas Vesalius e a ciência moderna*. Rev. Scientia Studia, v.1 n.3 (2003) DOI <https://doi.org/10.1590/S1678-31662003000300008>
- KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo, Companhia das Letras, 2019
- KUHN, T.S. *A Estrutura das revoluções científicas*. Ed Perspectiva. São Paulo, 1998
- LAZZARATO, M. *Signos, máquinas, subjetividades*. São Paulo, n-1 edições SESC, 2014
- LE BRETON, D. *As paixões ordinárias – antropologia das emoções*. Petrópolis-RJ, VOZES, 2009
- LE BRETON, D. *Antropologia do corpo*, Petrópolis RJ: Vozes, 2011
- LE BRETON, D. *Antropologia dos sentidos*. Petrópolis-RJ, VOZES, 2016
- LIPTON, B. H. *A biologia da crença*. São Paulo, Ed. Butterfly, 2007
- LUZ, D. *Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica*. In. NASCIMENTO, M.C. (org) *As duas faces da montanha – estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2006
- LUZ, M.T. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005
- LUZ, M.T. *Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas*. In LUZ, M.T. & BARROS

- N.F. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro, CEPESC • IMS-UERJ • ABRASCO, 2012
- LUZ, M.T. *A arte de curar versus a ciência das doenças – a história social da homeopatia no Brasil*, Porto Alegre: Rede Unida, 2014
- MAGRO, C. *Apresentação*. In. MATURANA, H. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2001b
- MARGULIS, L & SAGAN, D. *O que é vida*. Rio de Janeiro, Zahar Editor, 2002
- MATURANA, H. *Da Biologia à Psicologia*. Porto Alegre, Artes Médica, 1998.
- MATURANA, H. *A Ontologia da Realidade*. Belo Horizonte, Ed UFMG, 2001a
- MATURANA, H. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2001b
- MATURANA, H. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte, Ed UFMG, 2001c
- MATURANA, H. (In, MATURANA, H & VARELA, F). *Vinte Anos depois*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997
- MATURANA, H. & VARELA, F. *A árvore do conhecimento*, Campinas: Psy, 1995
- MATURANA, H. & VARELA, F. *De Máquinas e Seres Vivos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997
- MBEMBE, A. *Necropolítica*. Rio de Janeiro, Rev Arte e Ensaio do PPGAV, nº32, pp123-150, 2016
- MBEMBE, A.. *Necropolítica – biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo, n-1 edições, 2018
- MEGLHIORATTI, F. A., et al. *Um modelo sistêmico das relações entre os conceitos de organismo, gene, genótipo, fenótipo e ambiente*. *Filosofia e História da Biologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 229-250, 2017

MEYER, D. E. & PARAÍSO, M.A. *Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. Belo Horizonte, Mazza Edições, 2012

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer homologado pelo Ministério da Educação, publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 06/06/2014, seção 1, pág 17 e aprovado na Resolução nº3 de 20 junho de 2014 do Ministério de Educação. <http://catalogo.uesb.br/storage/documentos/medicina-bac-vc/parecer.pdf>

MORIN, E. *Ciência com consciência*. BCD União de Editoras, Rio de Janeiro, 2000

MORISON, R.S. *Death: process or event*. Science, 20;173(3998):694-8, 1971

MPODOZIS, J. *Ontogênese*. In VAZ, N. *Onde está o organismo?* Florianópolis, Editora UFSC, 2011

NEGRI, A. *Deleuze & Guattari – uma filosofia para o século*. São Paulo, Ed Filosófica Politéia, 2019

NEI CHING. *O livro de ouro da medicina chinesa*. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 1995

ORTEGA, F. *Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades*. Rio de Janeiro, Cadernos Saúde Coletiva 11 (1): 59-77, 2003

ORTEGA, F. & ZORZANELLI, R. *Corpo em evidência – a ciência e a redefinição do humano*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2010

ORELLANA, R. C. *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*, Madrid: Universidad Complutense de Madrid - Facultad de Filosofía - Tese de doutorado, 2004

PELBART, P.P. *O avesso do niilismo – cartografias do esgotamento*. N-1 edições, 2013

PIMENTEL, C.P. *A doença na molécula: olhar e cuidado com o corpo na sociedade contemporânea*. Tese Doutorado UFRJ, 2008.

PRIGOGINE, I. *O fim das certezas – tempo, caos e as leis da natureza*. São Paulo, UNESP, 1996

PRIGOGINE, I. *As leis do caos*. São Paulo, UNESP, 2000

QUEIROZ, M.S. *O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória*. In. NASCIMENTO, M.C. (org) *As duas faces da montanha – estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2006

RABELO, A. *Prefácio* (In. MATURANA, H. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte, Ed UFMG, 2001c)

RABINOW, P. & DREYFUS, H. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995

RAGO, M. *Libertar a história*. In. RAGO, M. Et al (orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze – ressonâncias nietzchianas*. Rio de Janeiro, Ed DP&A, 2002

RAMOS, C. *William Harvey: vida e obra (1ª parte)*. Acta Médica Portuguesa, História da Medicina 5:507-512, 1992 disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4505/3528>

ROLNIK, S. & GUATTARI, F. *Micropolítica – Cartografias do desejo*. Petrópolis-RJ, VOZES, 1996

ROSE, N. *A política da própria vida – biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, v. 400, 2013.

ROSE, N.. *Inventando nossos eus*, In. *Nunca fomos humanos - nos rastros do sujeito*, Trad. Tomaz Tadeu da Silva, Belo Horizonte: Autêntica, 2001

ROSENBAUM, P. *A Medicina do Sujeito*. Rio de Janeiro, Ed. Luz Menescal, 2004

ROSENBAUM, P.. *Novíssima medicina – ethos do cuidado*. São Paulo, Ed Organon, 2008

SANT'ANNA, D.B. *Michel Foucault e os paradoxos do corpo e da história*. In ALBUQUERQUE JR, D.M. et al (orgs). *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte, Ed Autêntica, 2008

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 Medicinae* 2. 2014

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.

SERRES, M. *Tempo de crise*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2017.

SHEWMON, D.A. *Chronic “brain death” – meta-analysis and conceptual consequences*. *Neurology*, UCLA Medical School, pp 1538-1545, 1998

SILVA, F.M. *Corpo, acontecimento e estrutura*. Covilhã-Portugal, Luso Sofia: press Universidade da Beira Interior, 2010
http://www.lusosofia.net/textos/silva_fernando_machado_corpo_acontecimento_e_escritura.pdf

SILVA, L.A. et al. *Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina*. *Rev Psicologia Argumento*, 33(80): 298-309, 2015

SIMONDON, G. *A individuação à luz das noções de forma e de informação*. São Paulo, Editora 34, 2020

SOUZA, N.G.S. *Concepções sobre o processo digestivo humano: uma avaliação das diferentes compreensões percebidas em alunos do segundo grau e cursos de ciências biológicas, a partir de uma revisão histórica*. Dissertação de mestrado em ciências biológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996

SOUZA, S.C. *Anatomia: aspectos históricos e evolução*. Editorial da Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v.10, nº1, 2011.

STENGERS, I. *A invenção das ciências modernas*, São Paulo: Editora 34, 2002

TALAMONI, A.C.B. *Os nervos e os ossos do ofício: uma análise etnológica da aula de anatomia*. Ed UNESP, São Paulo, 2014. ISBN 978-85-68334-43-0. Available from SciELO Books .

TELESI JUNIOR, E. *Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS*. Rev. Metrópole e Saúde, Estud. av. 30 (86), Jan-abr 2016 <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>

TESSER, C.D. et al. *Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira*. Rio de Janeiro, Rev Saúde Debate, v. 42, número especial 1, pp 174-188, 2018

TIERNO, P. *O pensamento político dos filósofos milésimos*. Lua Nova Revista de Cultura e Política, jan-abr 2017, <https://doi.org/10.1590/0102-363404/100>

VARELA, F. *Conhecer – as ciências cognitivas, tendências e perspectivas*. Lisboa-Portugal, Ed. Instituto Piaget, 1990

VARELA, F. et al. *A mente corpórea – ciência cognitiva e experiência humana*. Lisboa-Portugal, Ed Instituto Piaget, 2001

VAZ, N. & PORDEUS, V. *Visita à imunologia*. São Paulo, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, vol.85, n.5, 2005

VAZ, N. et al. *Onde está o organismo?* Florianópolis, Editora da UFSC, 2011

VILLARREAL, L. *Vírus são seres vivos?* Scientific American Brasil, nº 28, pp 21-24, 2009

WEN, T.S. *Acupuntura clássica chinesa*. São Paulo, CULTRIX, 1985

ZOURABICHVILI, F. *Deleuze: uma filosofia do acontecimento*. Ed. 34, São Paulo, 2020.