

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA

CLÉBER DOMINGOS CUNHA DA SILVA

**EDUCAÇÃO E ASCETISMO MÉDICO:  
As ofensivas partir de Nietzsche**

**Fortaleza**

**2010**

CLÉBER DOMINGOS CUNHA DA SILVA

**EDUCAÇÃO E ASCETISMO MÉDICO:  
As ofensivas a partir de Nietzsche**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Educação Brasileira, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Sylvio de Sousa Gadelha Costa

Fortaleza

2010

S579e	Silva, Cléber Domingos Cunha da. Educação e ascetismo médico: as ofensivas a partir de Nietzsche/Cléber Domingos Cunha da Silva. – 2010. 271 f; : il. ; 31 cm. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria. de Pesquisa e Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza(CE), 2010. Orientação: Profº. Drº. Sylvio de Sousa Gadelha Costa. Inclui bibliografia.
1- EDUCAÇÃO – TESES. 2- ASCETISMO MÉDICO. 3- NIETZSCHE. I. Costa, Sylvio de Sousa Gadelha (Orient.). II. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. III. Título.	
CDD(22ª ed.) 174.2	

Cléber Domingos Cunha da Silva

Educação e ascetismo médico: as ofensivas a partir de Nietzsche

Tese apresentada como requisito para a obtenção do título de Doutor em Educação Brasileira, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará.

Data de apresentação da Tese em: 27/10/2010

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. Sylvio de Sousa Gadelha Costa (Orientador)

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará (UFC).

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Prof. Dr. Homero Alves de Lima (Membro 02)

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará (UFC).

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Prof. Dra. Clara Virgínia de Queiroz Pinheiro (Membro 03)

**Instituição:** Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Prof. Dr. Leonardo José Barreira Danziato (Membro 04)

**Instituição:** Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Prof. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho (Membro 05)

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará (UFC).

Assinatura: \_\_\_\_\_.

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Edílson e Luciene.*

## AGRADECIMENTOS

À Sandra Carvalho, pela partilha, pelo apoio.

Aos meus filhos: Débora, Beatriz e Raphael, a quem peço desculpas pelas ausências.

À Dra. Ana Cláudia de Araújo Teixeira pela amizade, pela semente lançada.

Ao professor Sylvio Gadelha, pela proximidade, pelas provocações, pelo ensino, pelo incentivo, pela amizade e pela maestria.

Aos professores: Homero Alves de Lima, Leonardo José Barreira Danziato, Clara Virgínia de Queiroz e Helena Lutécia Luna Coelho.

À Maria Lúcia Bosi, pelo acolhimento de meu desassossego, que generosamente compartilhou seu pensamento.

À Sara Mesquita e a Galber Rocha, pela *parrêsia*.

À Sara Diva, pela amizade.

À Claire Ortiz, pelas afirmações que fez à vida.

Escrever é talvez trazer à luz esse agenciamento do inconsciente, selecionar as vozes sussurrantes, convocar as tribos e os idiomas secretos, de onde extraio algo que denomino EU.

Gilles Deleuze & Félix Guattari.

É possível suspeitar que haja uma certa possibilidade de constituir hoje uma ética do eu, quando talvez seja esta uma tarefa urgente, fundamental, praticamente indispensável, se for verdade que, a final, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao poder político senão na relação de si para consigo.

Michel Foucault

A vontade de atingir a verdade nos seduzirá ainda para muitas aventuras, esta famosa vontade da veracidade, tão venerada por todos os filósofos, que problemas esta vontade já nos ofereceu! Que estranhos, malignos e difíceis problemas! É já uma longa história, e contudo, não parece ter apenas ontem começado? Não é maravilhoso que nos sintamos finalmente desconfiados, percamos a paciência e nos viremos impacientes? Não o é também que tenhamos aprendido desta Esfinge a propor perguntas? Mas, *quem* propriamente nos pergunta agora? Que é que em nós tende à *verdade*? Realmente, vacilamos muito tempo em perguntar a causa desta vontade, tanto que ficamos completamente parados ante uma pergunta ainda mais fundamental. Perguntamos que seria o *valor* desta vontade. Supondo que queremos a verdade, *por que não melhor* a mentira, ou a incerteza, ou a própria ignorância? Apresentou-se em nós o problema do valor da verdade, ou fomos nós em sua busca? Quem de nós é Édipo? Quem de nós é a Esfinge? Isto é um encontro de perguntas e pontos de interrogação. E contudo, quem o acreditaria! Parece-nos até que nunca foi proposto o problema, como se fôssemos o primeiro a discerni-lo, a vê-lo, a afrontá-lo. E há grande perigo em afrontá-lo, e talvez seja o maior de todos os perigos.

Friedrich Wilhelm Nietzsche

## RESUMO

O objetivo desse estudo é demonstrar que, na medida em que o médico responde à expectativa da sociedade na sua tarefa de promover a saúde, tanto ele como aqueles que lhe são confiados desenvolvem uma prática que denomino de ascetismo médico. O que a pesquisa procura investigar é a busca do corpo saudável como um ideal. A pesquisa se desenvolveu a partir da análise de discursos presentes em textos platônicos e de suas ressonâncias nos enunciados médicos contemporâneos. O diálogo teórico da tese privilegiou a abordagem nietzschiana sobre a verdade e a moral. Os argumentos apresentados estão divididos em três livros: 1. Ascetismo médico: a busca da verdade como ideal; 2. Verdade médico-científica e moral e; 3. Prognósticos e prescrições. Entre as considerações apontadas pela tese, verificamos o entrecruzamento entre as práticas de informação e de aconselhamentos médicos e a busca de uma vida saudável. O culto à vida saudável aparece ligado ao culto à verdade médico-científica e à produção de subjetividades normalizadas e assujeitadas. O ideal ascético médico, verificado na produção e consumo de *verdades*, aparece como manifestação de um jogo de forças, de uma vontade que Nietzsche denominou de Vontade de Poder.

**PALAVRAS-CHAVES:** educação; ascese médica; moral; Nietzsche.

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to demonstrate that as the doctor answers (responds) to the expectations of society in his task of promoting health, both he and those who are entrusted to him, develop a practice that I call medical asceticism. What the research tries to investigate is the pursuit of a healthy body as an ideal. The research was developed from the analysis of present speeches in platonic texts and its reflections in contemporary medical statements. The theoretical dialogue of the thesis emphasized the Nietzsche's approach to the truth and moral. The arguments presented are divided in three books: 1- Medical Asceticism: a search of the truth as an ideal; 2- Medical scientific truth and moral and 3- Prognoses and prescriptions. Among the considerations pointed by the thesis, we checked the intersection between the practices of information and medical advisories and the search of a healthy life. The cult of the healthy life seems to be linked to the cult of the medical scientific truth and to the production of adjusted and submissive subjectivities. The medical ascetic ideal, observed in the production and consumption of truths appears like a demonstration of a game of forces, a will that Nietzsche called will to power.

**KEYWORDS:** Education; medical ascesis; moral; Nietzsche.

## **RÉSUMÉ**

Le but de cette étude est de démontrer que dans la mesure où le médecin a répondu aux attentes de la société dans sa tâche de promotion de la santé, lui et ceux qui sont chargés de développer une pratique à laquelle je donne le nom de ascétisme médical. Ce que ce travail cherche à investiguer c'est la poursuite de corps en bonne santé comme un idéal. La recherche a été faite à partir de l'analyse de discours présents dans des textes de platon et de leurs résonances dans les énoncés contemporains. Le dialogue théorique de la thèse a privilégié l'approche de Nietzsche sur la vérité et la morale. Les arguments y présents sont divisés en trois livres: 1. Ascétisme médical: la recherche de la vérité comme un idéal; 2. Vérité médico-scientifique et morale et; 3. Prognostiques et prescriptions. Parmi les considérations identifiées par la thèse, nous voyons l'imbrication entre les pratiques d'information et de conseils médicaux et la recherche d'une vie saine. Le culte de la vie en bonne santé apparaît lié au culte de la vérité médico-scientifique et à la production de subjectivités normalisées et de soumission. L'idéal ascétique medical observé dans la production et dans la consommation de vérités apparaît comme une manifestation d'un jeu de forces, d'une volonté que Nietzsche appelle la volonté de puissance.

**MOTS-CLÉS:** L'éducation; l'ascétisme médical; la morale; Nietzsche.

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

1	A escolha da temática e meu envolvimento com a mesma .....	12
2	A estrutura da tese .....	28
3	Procedimentos Teórico-Methodológicos .....	31
	3.1 – Porque Nietzsche.....	37
	3.2 – Estratégias de investigação .....	42

### LIVRO UM: O ASCETISMO MÉDICO: A BUSCA DA VERDADE COMO IDEAL

4	Primeira Dissertação.....	50
5	Segunda Dissertação.....	106
6	Terceira Dissertação.....	141

### LIVRO DOIS: VERDADE MÉDICO-CIENTÍFICA E MORAL

7	Quarta Dissertação .....	181
8	Quinta Dissertação .....	198
9	Sexta Dissertação.....	211

### LIVRO TRÊS: “PROGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES”

10	Sétima Dissertação .....	233
11	Oitava Dissertação .....	247

	<i>Referências bibliográficas</i> .....	261
--	---	-----

	<b>Anexos</b> .....	270
--	---------------------	-----

## APRESENTAÇÃO

### 1. A ESCOLHA DA TEMÁTICA E MEU ENVOLVIMENTO COM A MESMA

O fato de o homem viver em um meio conceitualmente arquitetado não prova que ele se desviou da vida por qualquer esquecimento ou que um drama histórico o separou dela; mas somente que ele vive de uma certa maneira, que ele tem, com seu meio, uma tal relação que ele não tem sobre ele um ponto de vista fixo, que ele é imóvel sobre um território indefinido ou muito amplamente definido, que ele tem que se descolar para recolher informações, que tem que mover as coisas, umas em relação às outras, para torna-las úteis. Formar conceitos é uma maneira de viver, e não de matar a vida; é uma maneira de viver em uma relativa mobilidade e não uma tentativa de imobilizar a vida; é mostrar, entre esses milhares de seres vivos que informam seu meio e se informam a partir dele, uma inovação que se poderá julgar como queira, ínfima ou considerável: um tipo bem particular de informação (FOUCAULT, 2008, p. 363-364).

De 01 de dezembro de 1.994 a 30 de setembro de 2.000 trabalhei em um Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM); localizado no Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC), o CIM/UFC. Esse Centro, ainda hoje em funcionamento, caracteriza-se por fornecer informações sobre medicamentos e terapêutica, informações estas selecionadas e documentadas em fontes consideradas fidedignas e atualizadas<sup>1</sup>.

Em geral, um CIM fornece informações aos profissionais de saúde; todavia, o CIM/UFC, até aquele momento, fornecia informações também para a população

---

<sup>1</sup> Em centros de informação sobre medicamentos são adotados princípios básicos de investigação bibliográfica. A investigação bibliográfica considera três principais categorias de fontes literárias: as fontes *primárias*, representadas por artigos científicos publicados em revistas e/ou jornais, tais como relatos de casos e estudos clínicos; as *secundárias*, constituídas por guias ou linhas-diretas às fontes primárias de informação, representadas por indexes, abstracts, listas bibliográficas ou serviços de informação; e as fontes *terciárias*, representadas por livros-texto ou revisões bibliográficas que apresentam a informação de modo condensado. Os livros-texto são convenientes e confiáveis para a comunicação de fatos bem estabelecidos, mas trazem a desvantagem de serem desatualizados e de refletirem a opinião de poucos autores, com pouca revisão externa. Os artigos de periódicos são mais importantes porque relatam pesquisas originais ou metanálises baseadas nessas pesquisas. Tem-se também um número crescente de banco de dados, completos, atualizados e amplamente disponíveis por telefone, fax, disquetes, CD-ROM, Internet. Esses bancos contêm informações que são essenciais para a prática da Medicina, todavia, por serem utilizados com pouca frequência e por serem amplos, os clínicos não os guardam na mente. Uma boa fonte é aquela considerada desprovida de interesses outros (ex: promoção de produtos e de tecnologias) que não a divulgação de dados *fidedignos* (Ver FLETCHER et cols, 1996).

não-médica: os usuários de medicamentos e/ou seus familiares.

Minha principal atividade consistia em atender aos pedidos de informação, por telefone, ou diretamente no local do serviço. As pessoas telefonavam e, nesse contato estabelecido, a primeira tarefa era a de obter dos solicitantes dados relacionados ao modo, medicamentoso ou não, de como tratavam suas doenças, ou de como buscavam o alívio para algum desconforto físico. Em suma, as informações que objetivávamos obter eram, principalmente: conhecer que medicamentos estavam sendo utilizados, que doenças<sup>2</sup> e/ou sintomas motivaram o seu emprego e as dúvidas existentes sobre o tratamento a ser empregado. Uma vez obtidos esses dados, iniciava-se uma busca atenta, em revistas e livros especializados, das informações solicitadas. Em geral, essas fontes de informações eram livros que abordam temas gerais e/ou especializados. No que se refere às revistas, privilegiava-se aquelas onde os artigos publicados eram de instituições e/ou pesquisadores conceituados internacionalmente.

As atividades desenvolvidas no CIM/UFC baseiam-se na concepção de que a maioria dos indivíduos (que não são profissionais de saúde), além de não ter

---

<sup>2</sup> No ano em que foi criada, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), emitiu um conceito de saúde que rompeu com a visão até aquele momento vigente. O conceito formulado pela OMS extrapolava a questão física e determinava que fossem consideradas, também, as dimensões mental e social. Desde então, novas discussões foram realizadas em torno do modelo biomédico que buscava explicar o processo saúde-doença, de modo que aspectos como cultura, economia, religião e ecologia passaram também a ser abrangidos na tentativa de dar conta do processo de adoecimento e de cura. No atual momento, a saúde de uma população, comunidade, município ou de uma nação, não depende apenas do indivíduo, mas da sua relação com o meio ambiente, do seu modo de vida, da sua cultura, de suas condições econômicas e sociais, bem como de suas crenças religiosas. Assim, o conceito atual de saúde vai além das questões biológicas e valoriza o modo de vida, o acesso a serviços públicos de saúde, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, a alimentação, o saneamento básico entre outros. Aqui, basicamente emprego dois significados para o termo doença. O *primeiro* é o clássico conceito empregado pela medicina, como sendo o “desajustamento ou uma falta nos mecanismos de adaptação do organismo ou uma ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto. O processo conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, ou de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais”, ou ainda, a “alteração ou desvio do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio” (BARBOSA, 1994, p. 492-493). O *segundo* significado, que será explorado mais adiante, é o de ressentimento, que Nietzsche empregou em algumas de suas obras. Para Nietzsche, o ideal ascético, presente no cristianismo e, de certo modo em algumas práticas médicas, que buscarei demonstrar, nasce do instinto de cura e proteção de uma vida que degenera, a qual busca manter-se por todos os meios, e luta por sua existência. Esse ideal indica uma fadiga de vida que os instintos mais profundos combatem; ele é um dos meios deste combate, uma astúcia de conservação da vida. A crítica que vou buscar fazer aqui não é o contra o “querer viver”, o “querer permanecer sadio”. Em hipótese alguma. A doença, no sentido nietzschiano, é aquela busca de sentido pela afirmação do dualismo corpo-alma, é o negar a vida existente, o depreciamento do corpo, a sua negação. O doente, em Nietzsche, é aquele que deprecia o corpo, que faz guerra contra o corpo, porque o concebe como obstáculo. Assim, a doença a que me refiro, numa perspectiva nietzschiana, é essa empreitada pela busca de um corpo *ideal* para um mundo *ideal*, ou para uma *alma ideal*.

acesso às informações necessárias relacionadas ao seu tratamento, não sabe dos riscos a que esta exposta, caso não trate adequadamente de suas doenças. E o CIM/UFC, representado pelos seus técnicos, tem como sua principal função a de instruir os solicitantes na intenção de que façam um uso correto dos produtos empregados (quer sejam medicamentos, ou outros produtos terapêuticos), bem como orientá-los no manejo de suas doenças, enfatizando, mediante conselhos, a importância de que esse manejo seja acompanhado pelo profissional médico.

O especialista ou perito em informação sobre medicamentos é aquele que é capaz de sistematizar as informações disponíveis e repassá-las em uma linguagem clara e compreensível, aos solicitantes, de modo que elas sejam úteis. A perspectiva é de que a informação fornecida irá auxiliar o solicitante – profissional de saúde, ou não – a tomar a melhor decisão. Dito de outro modo, o conceito fundamental na atividade de um serviço de informação sobre medicamentos é o de que, ao se apropriarem de evidências médicas<sup>3</sup> como importantes fontes de informações para a clínica médica, tanto os médicos como seus pacientes saberão como melhor proceder no manejo das mais importantes doenças que acometem a sociedade contemporânea. Ora, uma das principais atividades que permite o acesso a essas evidências é o contínuo e ininterrupto exercício de leitura dos resultados dos grandes e importantes estudos clínicos publicados em revistas e/ou em jornais médicos, sob a forma de artigos científicos.

Em um sistema de saúde verdadeiramente baseado no conhecimento, o fluxo do conhecimento forma um círculo virtuoso, *onde* os provedores de cuidados de saúde e os pacientes geram questões durante a consulta, se não há respostas prontas em orientações ou livros-texto baseados em evidências, as questões devem ser avaliadas pela revisão sistemática da literatura, que pode identificar boas evidências para dar suporte a decisões clínicas; nesse caso, elas podem ser colocadas em prática. Se uma revisão

---

<sup>3</sup> A epidemiologia clínica se propõe a validar as hipóteses terapêuticas sobre o que poderia ser um tratamento útil. Essa validação dá-se mediante a realização de pesquisas clínicas, em que dados são coletados durante o acompanhamento clínico dos pacientes tratados e não-tratados. Os tratamentos devem ser prescritos “não porque deveriam funcionar, mas porque funcionam” (*Opie on th heart*. [Editorial]. Lancet 1980; I: 692). Segundo a epidemiologia clínica, existem dois principais grupos de estudos pelos quais é possível estabelecer o efeito de tratamentos: estudos observacionais e estudos experimentais. As evidências seriam as conclusões provenientes de tais estudos, de modo que uma medicina baseada em evidências é justamente uma prática clínica pautada em achados encontrados em investigações clínicas. Desse modo, os tratamentos prescritos *deverão* ser aqueles comprovadamente testados e validados por tais investigações (FLETCHER et cols., 1996, p. 146-148).

sistemática encontra evidências insuficientes para apoiar uma decisão clínica, isso representa uma lacuna em nossa base de conhecimentos, que deve ser inserida na agenda de pesquisas. Finalmente, as novas pesquisas devem ser incorporadas em revisões sistemáticas futuras, e os resultados dessas, usados para orientar a prática. E, assim, o ciclo continua (British Medical Journal. *Evidência clínica: conciso; tradução Ane Rose Bolner*. - Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 13).

Assim, a tarefa de quem trabalha em um CIM é ler, interpretar e repassar os achados publicados para aqueles que buscam informações, já que existe uma crença, por parte daqueles que gerenciam o sistema de saúde, ou os aparelhos médicos pedagógicos – produtores de conhecimentos médico-científicos –, de que essas publicações são evidências que, se incorporadas ao dia-a-dia dos indivíduos, possibilitam a constituição de uma prática sanitária de excelente qualidade, capaz de estabelecer uma vida sem doença e com menores possibilidades de adoecimento. Trata-se uma prática denominada, no campo da epidemiologia clínica, de prática racional. Racional, porque é concebida como uma prática ancorada em achados de pesquisas científicas, bem conduzidas e isentas de outros interesses que não o da promoção do bem-estar do doente e/ou da população em geral.

### *1.1 – Porque a prática de repassar informações sobre medicamentos instigou-me na escolha da minha temática.*

Re-lendo os registros das minhas práticas dentro do CIM/UFC, da rotina diária que vivi, é inevitável não ser tomado, ainda hoje, por certo desassossego. O telefone toca, e toca porque houve divulgação do serviço. Cartazes foram fixados, folders foram distribuídos, entrevistas foram concedidas a emissoras de rádio e de televisão. Era necessário divulgar o serviço; afinal de contas, os medicamentos estão presentes na sociedade e tornou-se importante a implantação de um serviço cuja função é a de dar todo o suporte informativo para que esses sejam utilizados de tal modo que a população experimente seus reais benefícios.

Pois bem, uma vez atendida a ligação telefônica, era imperioso ter conhecimento sobre as principais dúvidas daqueles que recorriam ao CIM: Como usar? Qual a dose correta? Como conservar os medicamentos? Que efeitos indesejáveis poderiam ser experimentados? Quais as precauções? E as contra-

indicações? Essas eram dúvidas as mais frequentes. Para registro dessas chamadas, tinha-se um formulário que, uma vez preenchido, serviria de guia na busca das informações solicitadas.

Pois bem, a depender da pergunta, partia-se em direção às fontes, que poderiam ser especializadas ou não. Em todo caso, dominar a literatura inglesa era “fundamental”. Se não se soubesse ler inglês, não haveria a menor possibilidade de se extrair a maioria das informações biomédicas impressas. E não somente: as vezes, lia-se em espanhol e em francês. O especialista precisava dominar as principais línguas empregadas por aqueles que publicam o conhecimento técnico-científico.

Trata-se de uma literatura técnica e, às vezes, especializada, daí que aquele que a lê, deve obrigatoriamente ter conhecimento técnico suficiente para fazer uma tradução e, a partir dela, elaborar uma resposta escrita para ser comunicada, em seguida, oralmente, àquele que telefonou.

Entre o pedido da informação e o seu repasse, há um tempo que deve ser preenchido pela seleção das melhores fontes, pela leitura, pelo ordenamento dos saberes, pela reflexão, pela análise e pela escrita. Todas essas ações requerem daquele que trabalha em um CIM muita habilidade, que é atingida por dedicação e disciplina.

É preciso saber distinguir as melhores revistas e jornais biomédicos. É preciso saber selecionar os melhores artigos, saber ler, interpretar, criticar, analisar, avaliar. O *especialista em informação* é aquele que aprendeu a verificar se há, de fato, nos textos publicados, afirmações confiáveis, se os discursos médico-científicos são discursos de “verdade”. A verdade<sup>4</sup> vem revestida de certo rigor, ela é obtida às

---

<sup>4</sup> Abbagnano em seu Dicionário de Filosofia dedicou 11 páginas à apresentação dos conceitos de verdade. Bem, não tenho a pretensão, e nem é meu objetivo problematizar os conceitos da verdade, todavia, dois deles serão aqui considerados. O *primeiro* é a verdade como “utilidade”. Nietzsche foi o primeiro a formulá-lo: “*Verdadeiro* em geral significa apenas o que é apropriado à conservação da humanidade. O que me faz perecer quando he dou fé não é verdadeiro para mim: é uma relação arbitrária e ilegítima do meu ser com as coisas externas” (*Wille zur Macht*, ed. Kröner, 78, 507) [...] Desse ponto de vista, uma proposição, qualquer que seja o campo a que pertença, só é verdadeira pela sua efetiva utilidade, ou seja, por ser útil para estender o conhecimento ou para, por meio deste, estender o domínio do homem sobre a natureza, ou então por ser útil à solidariedade e à ordem do humano. O *segundo* é a coexistência de suas concepções platônicas sobre a verdade: a verdade como *correspondência* entre o pensamento e a verdadeiro, e a segunda, a verdade como *revelação* ou *manifestação*. Essa segunda concepção tem duas formas fundamentais: a empirista e outra metafísica. A forma empirista consiste em admitir que a verdade é o que se revela imediatamente ao homem, sendo, portanto, sensação, intuição ou fenômeno. A forma metafísica se revela em modos de conhecimento excepcionais ou privilegiados, tendo como característica fundamental a ênfase dada à *evidência*, assumindo como critério de verdade. A evidência nada mais é do que revelação (cf. ABBAGNANO, 2007, p. 1182-1192). Bem, tenho um desconforto, já o admito: é porque a verdade é

custas de um método e é importante que aquele que lê saiba reconhecê-lo.

Ir diariamente às bibliotecas, ler diariamente artigos de revistas e jornais médicos para manter-se “atualizado”, é uma condição da qual não pode esquivar-se o especialista em informação sobre medicamentos. Trata-se de uma prática que visa a tornar o profissional do CIM um técnico que está “em dia” com a literatura, um perito em manejar as fontes e em repassar conhecimento.

A tarefa de quem trabalha em um CIM é a de aprender a ler e de repassar um certo tipo de conhecimento; um conhecimento técnico, especializado, produzido por pesquisadores biomédicos, e que é disseminado por meio de uma literatura igualmente técnica e especializada. É uma maneira de proferir um determinado tipo de verdade para um determinado grupo de pessoas.

O filósofo francês Michel Foucault, em seu último curso no *Collège de France* (1984), intitulado *Le Courage de la vérité – Le gouvernement de soi et des autres II*, investigando a temática da *parrêsia* (expressão grega que designa o “falar verdadeiro”, o “falar com franqueza”), encontrou na Grécia antiga quatro modos diferentes da verdade ser proferida. Quatro maneiras presentes na Antiguidade, mas que, de modo um pouco diferente, encontram-se presentes na contemporaneidade.

A primeira modalidade é a profecia. Só que o profeta não fala em seu próprio nome, ele é tão somente um intermediário. Ele dirige aos homens uma verdade que não é dele, mas de um outro. A segunda modalidade, segundo Foucault, é a sabedoria. O sábio, diferentemente do profeta, não é simplesmente um porta-voz, ele fala quando é solicitado pelas pessoas quando essas encontram-se em situações de emergência. Ele mesmo não tem necessidade de se dirigir a ninguém. Ele é sábio para si mesmo, e não é obrigado a distribuir seu saber a ninguém; quando o faz, o faz sem constrangimento. A terceira modalidade, que é aquela que nos interessa aqui, é a modalidade do ensino. E Foucault enfatiza que essa modalidade foi bastante explorada nos diálogos platônicos nos personagens do médico, do ginasta e dos músicos. Trata-se de um saber técnico que, confere, àquele que o tem, a capacidade de ensinar aos outros. E aquele que transmite o saber técnico, assim que o recebeu sente-se na obrigação de aperfeiçoá-lo para em

---

tida como algo necessária. Por que a privilegiamos tanto? Se optei pela filosofia nietzschiana é porque sinto-me *aliviado*, já que Nietzsche fez críticas à ciência a partir da *vontade de verdade*, à crença de que nada é mais necessário do que seja dito como verdadeiro é que funda as bases da ciência. Na obra nietzschiana é possível compreender essa *vontade da verdade* a partir de uma genealogia da moral. Daí que para problematizar sobre a verdade faz-se necessário problematizar sobre a moral.

seguida transmiti-lo aos demais. A última modalidade é a *parrêsia*, que nada mais é do que a coragem daquele que fala em dizer o que pensa, assumindo até mesmo o risco de morte.

Profecia, sabedoria, ensinamento, *parrêsia*, são esses, creio eu, os quatro modos de veridicção que, primeiramente, implicam personagens diferentes, segundo, referem-se a modos de diferentes de falar, e terceiro, se referem a domínios diferentes (destino, ser, *tekhnê*, *êthos*) (FOUCAULT, 2009, p. 25; tradução minha).

Pois bem, é essa terceira modalidade de se dizer a verdade aos homens, o *ensino* do técnico, que me fez problema e sobre o qual pretendo chamar a atenção. Ou seja, o constituir-se como *aquela* que é portador de *verdade* e que tem o dever de encontra-la e de repassa-la, uma *verdade* sobre algo que pode curar os homens, que pode protege-los. Uma modalidade que reveste tanto aquele que fala, como o que profere de inquestionabilidade.

Os profissionais da saúde, particularmente os médicos, são estimulados a atualizarem seus conhecimentos sobre a clínica e/ou a terapêutica, e hoje isso se dá, mais do que na década de 1950, após a II Guerra Mundial, devido a explosão de publicações de novas descobertas e novas perspectivas em torno do processo saúde-doença, devido à expansão de uma massa documental.

A partir da segunda metade do século XX, o papel das universidades se alterou, possivelmente por influência do sucesso obtido na aplicação do conhecimento para gerar novos produtos e procedimentos que revolucionam a vida humana. As pesquisas econômicas indicam uma progressiva participação das universidades na geração de inovações que impactam o sistema produtivo e as diversas esferas de atividade humana, como os sistemas de assistência médica e promoção da saúde. Neste contexto, a pesquisa científica se afasta de seu ideal grego de busca desinteressada do conhecimento verdadeiro e assume um perfil pragmático. O que se procura é o conhecimento que possa subsidiar novas tecnologias e aplicações práticas, para se gerar um efeito tangível em um determinado campo de ação humana. Na sociedade atual, chamada de “sociedade tecnológica”, “sociedade do conhecimento” e “sociedade informática”, tem se formado, nos países desenvolvidos, uma cadeia que começa no sistema produtivo, onde são definidas as demandas, passando pelo financiamento da pesquisa e desenvolvimento de produtos e processos, e retornando ao primeiro sistema, na forma de inovações que possibilitam o aumento da competitividade desses países no mundo globalizado (PEREIRA, JR., 2007, p. 307).

Ora, tratam-se de evidências, de discursos considerados “verdadeiros”, de cunho médico-científico, que objetivam orientar os profissionais de saúde no emprego de tecnologias medicamentosas e de procedimentos de diagnóstico. É, caro leitor, a *verdade* pragmática, útil aos interesses e às necessidades humanas.

Embora me pareça oportuno que se faça uma genealogia da informação em saúde<sup>5</sup>, minha pretensão e meu objetivo são outros. O que pretendo é salientar que essas informações são disponibilizadas com a finalidade de apoiar médicos e outros profissionais de saúde na tomada de algumas decisões, e de que um dos grandes desafios desses profissionais é a de justamente apropriarem-se dessas verdades e ensiná-las. Mas, com qual intuito? O de promover mudança de hábitos, sendo que eles próprios, ao tomarem conhecimento de novos achados, são como que convocados a refazerem seus procedimentos de diagnose e de tratamento das doenças. Eles, os médicos, são os primeiros convidados a adotarem novas condutas, os primeiros a elaborarem e a adotarem tábuas de valores.

Chama-me igualmente o privilegio ao que é publicado em revistas, periódicos e jornais biomédico, como se o que *não foi publicado*, não tem estatuto de ‘verdade’. A publicação confere tanto ao discurso como aqueles que os elaboraram o caráter de inquestionabilidade, de algo sobre o qual “pode-se apoiar”. Frequentemente escutava nos corredores de alguns departamentos universitários, em congressos, seminários e em simpósios, o seguinte: “foi publicado”, “saiu na revista x”, “saiu no jornal y”. São os ecos dos “reconhecimentos”, é a publicação conferindo uma autoridade à qual todos, profissionais de saúde e doentes, devem se submeter. Poderíamos falar de uma hierarquia dos discursos, de uma relação hierárquica entre eles, que confere a uns e outros distintos níveis de autoridade e, assim, graus de merecimento de leitura, de disseminação e de discussão.

Os enunciados impressos e visitados pelos profissionais de saúde, com a

---

<sup>5</sup> Por informação em saúde, faço compreender os aconselhamentos médicos ou de outros profissionais de saúde, as dicas de saúde veiculadas nos programas radiofônicos e televisivos, bem como aquelas impressas em revistas, panfletos e jornais diários, sejam estes especializados ou não. Mas, também, as novas descobertas no campo da medicina, os novos tratamentos, as condutas consideradas de proteção e de risco, enfim, os resultados dos estudos biomédicos cuja disseminação tem como objetivo modificar a abordagem tanto do médico como do doente e/ou de seus familiares frente à doença. A informação é também uma interface entre aqueles que produzem dados direcionados aos sistemas de saúde, que fornecem conteúdos e estratégias, e seus usuários (profissionais de saúde e a população leiga), que, supostamente, são vistos como os principais beneficiados do conhecimento médico científico.

finalidade de subsidiarem suas decisões, ao menos como idealizam seus remetentes, pertencem a uma linguagem pertinente a uma determinada expertise. Solicitam dos leitores e dos ouvintes uma competência que excede a da aplicação dos saberes técnicos próprios do campo sanitário, adquiridos no período de graduação desses profissionais. Trata-se de enunciados que tem por escopo permitir “boas” *performances* a respeito de determinadas situações na clínica, exigindo do leitor/ouvinte habilidade para avaliar, decidir e aplicar novos saberes.

Os saberes que esses discursos veiculam determinam o que será preciso, fazer, dizer e ensinar. Estabelecem também um modo de viver, uma cultura, uma *moral*.

Ora, temos diante de nós um ciclo que, primeiramente, passa pela quase “obrigatoriedade” dos médicos e dos pesquisadores biomédicos em produzirem ou ‘encontrarem’ a verdade, depois por uma necessidade de publicá-las juntamente com o modo, o *método*, pelo qual foi possível “elaborada” (são as práticas investigativas, seus achados e as novas evidências); depois, pelas práticas do exercício diário da atualização dos conhecimentos, mediante o acesso a essas publicações, sua leitura, a análise das mesmas, e sua incorporação à prática médica, e, por último, pelo repasse desses saberes aos usuários de tecnologias, aos pacientes, aos doentes, à população em geral, no intuito de que esses saberes sejam incorporados na existência das pessoas.

Ora, *incorporar* a verdade médico-científica é uma maneira de medicalizar a vida, e um dos efeitos dessa medicalização é o *querer* essa *verdade*, é movimentar em sua direção, produzi-la, empregá-la; esse efeito medicalizante é o que Nietzsche denominou de *vontade de poder* e que Michel Foucault nos diz do seguinte modo:

... digamos isto: somos forçados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar; temos de dizer a verdade, somos coagidos, somos condenados a confessar a verdade ou a encontrá-la. O poder não para de questionar, de nos questionar; não para de inquirir, de registrar; ele institucionaliza a busca da verdade, ele a profissionaliza, ele a recompensa [...] Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2002, p. 29).

Para auxiliar a nossa compreensão do que Foucault está a dizer, tomemos o que em 2007, Lindsay Waters – editor-executivo da área de Humanidades da Harvard University Press, uma das mais conceituadas editoras universitárias norte-americanas, – ao comentar sobre a polêmica gerada pelo seu livro, *Inimigos da esperança, – publicar, perecer e o eclipse da erudição*, publicado no Brasil pela Editora UNESP, disse:

Eu acho que, hoje, o problema que detectei no meu país está internacionalizado. No panorama acadêmico norte-americano, há cerca de 30 anos, não havia a obrigação de publicar para se garantir o posto de professor. Mas a partir dos anos 1970, em função da sua própria expansão, o sistema universitário começou a contratar mais docentes e houve a construção de uma “maquinaria” que automatizou a produção dos professores e levou ao lançamento de mais livros. Os dirigentes das universidades começaram a enfatizar a quantidade de publicações na avaliação docente. E muitos editores estimularam os acadêmicos a publicar trabalhos que não representam verdadeiras contribuições a suas áreas (Disponível em: <<http://www.unesp.br/aci/jornal/227/harvard.php>>. Acesso em 06/072010).

Bem, qualquer pesquisador, mesmo com um mínimo de engajamento no ambiente acadêmico sabe do que Lindsay Waters está a dizer. Vive-se uma corrida pela publicação. Docentes e investigadores, almejando alcançarem bons conceitos nas avaliações aplicadas pelos órgãos governamentais, se dedicam a rechearem seus currículos de citações de obras e/ou artigos publicados. Em torno dessa maratona, temos uma sociedade laica sempre na expectativa de que os cientistas encontrem respostas aos grandes problemas que assombram a humanidade, que ameaçam sua existência, que a torna vulnerável. Desse modo, o que é publicado, o “achado” com estatuto de verdade, é visto como aquela “luz que ilumina o caminho a seguir”, daí ser buscado com a mesma avidez com que é produzido; é o ciclo produtivo da verdade.

## 1.2 – A temática da Tese

No campo médico, na medida em que o médico responde à expectativa da

sociedade na sua tarefa de promover a saúde<sup>6</sup>, tanto ele como aqueles que lhes são confiados, desenvolvem uma prática que poderíamos denominar de *ascetismo médico*. A ascese<sup>7</sup> é geralmente concebida como o meio, por excelência, para se obter a purificação do espírito, da alma e, em muitos casos, também para se atingir a purificação do corpo. No nosso caso, em particular, assistimos um conjunto de práticas ou de exercícios que objetivam a produção de discursos que conquistem diante de toda sociedade, científica e não-científica, uma confiabilidade e uma credibilidade tais que leitores e ouvintes desses discursos desejem incorporá-los. A disposição em viver conforme esses discursos é também parte integrante dessa ascese, que podemos denominar de *ascetismo médico*.

No ascetismo médico temos dois principais conjuntos de exercícios: o primeiro, compreendido como o conjunto de esforços voltados para a produção de discursos com credibilidade científica e, por isso, considerados confiáveis, importantes, dignos de circulação (daí o fato desses discursos terem lugares privilegiados de enunciação, ou seja, não sem publicados nem ditos em qualquer lugar). O segundo, por sua vez, é o conjunto de esforços empregados em aplicar à própria vida e à vida dos outros as recomendações, os conselhos e as conclusões desses achados, dessas investigações no campo médico.

---

<sup>6</sup> Em 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá, foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Desse encontro resultou uma carta de intenções que definiu o que, hoje, se entende como *promoção da saúde*. A *promoção da saúde*, segundo a Carta de Ottawa, é definida como sendo “o processo de capacitação das pessoas e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle sobre os determinantes da saúde” (BRASIL, 2008, p.17). Na Carta de Ottawa foram definidos cinco campos de ação para promover a saúde das populações: 1) Elaboração de políticas públicas, colocando a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores; 2) criação de ambiente favorável à proteção da saúde, aliando a saúde às outras questões sociais, como trabalho e meio ambiente; 3) Fortalecimento de ações comunitárias; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais, por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais; e 5) Reorientação de serviços de saúde, compartilhando a responsabilidade entre os atores envolvidos – indivíduos, governo, comunidade, parceiros –, para desenvolver um sistema de saúde de nível elevado (idem, p. 18-19).

<sup>7</sup> Essa palavra significa, propriamente, exercício e, na origem, indicou o treinamento dos atletas e a suas regras de vida. Com os pitagóricos, os cínicos e os estóicos, essa palavra começou a ser aplicada à vida moral, na medida em que a realização da virtude implica limitação dos desejos e renúncia. O sentido de renúncia e de mortificação tornou-se, daí, predominante. Na Idade Média, ascese significou mortificação da carne e purgação dos vínculos com o corpo. A revolta contra o ideal ascético iniciou-se no Renascimento, com a revalorização dos aspectos corpóreos e sensíveis do homem. O filósofo Emmanuel Kant considera a *moral* ascética como exercício firme, corajoso e destemido da virtude e a contrapõe à ascese dos monges, que, por temor supersticioso ou por horror hipócrita a si mesma, costuma mortificar e desprezar o corpo. Outro filósofo, contemporâneo de Nietzsche, Schopenhauer, conferiu significado metafísico à ascese, na qual viu nela o horror do homem pelo ser, cuja expressão é seu próprio fenômeno, pela vontade de viver, pelo cerne e essência de um mundo que se reconhece cheio de dor e por isso o único instrumento de liberação de que o homem dispõe (ABBAGNANO, 2007, p. 94).

É importante que se diga que, para poderem julgar a credibilidade científica desses discursos, os leitores, que, em sua maioria, são profissionais de saúde, devem assumir uma postura ativa. Faz parte dessa ascese a adoção de regras para avaliar a força dos trabalhos publicados. Somente a partir do emprego dessas regras é que o leitor poderá tomar suas decisões. E a força a que me refiro é o que os epidemiologistas clínicos chamam de melhor evidência. E qual a melhor evidência clínica? A melhor evidência é aquela obtida de estudos que empregaram *métodos* mais rigorosos na obtenção e/ou validação de resultados relacionados a tratamentos, de modo que o médico emprega-a não simplesmente porque sinaliza *possivelmente* o melhor tratamento, mas porque, aponta seguramente o melhor tratamento. Ou seja, a força está relacionada ao nível de veracidade, de *concordância* entre o discurso e a realidade<sup>8</sup>.

Ora, o que a sociedade espera é que as condutas, tanto a do médico, como a do paciente, sejam feitas sob as diretrizes dessas “evidências”, pois a *crença* é a de que práticas não pautadas nessas “evidências”, têm maiores chances em resultar em insucesso, já que não se fundamentam em um conhecimento técnico-científico atualizado. Em outras palavras, condutas não pautada nas *evidências*, mas sim em “achismos” e/ou em opiniões são denominadas, por esses especialistas, de condutas irracionais. Assim, ao incorporarem às suas vidas as evidências produzidas pela medicina contemporânea, tantos os médicos como os pacientes estariam se protegendo da adoção de aspectos indesejáveis para a ciência, tais como opiniões, intuições, desejos e sentimentos.

No que diz respeito aos lugares privilegiados dos discursos legítimos e cientificamente confiáveis, os discursos médicos verdadeiros, esses também merecem algumas observações. A primeira é a de que faz parte da ascese médica a identificação de textos ou trabalhos que sejam, de fato, úteis. E o artigo ou texto útil é confiável na medida em que mantém alguma relação com o vivido, com a situação concreta, com o que a medicina chama de caso clínico. É preciso saber localizar esses artigos, e isso, como afirmam Fletcher et cols:

---

<sup>8</sup> O conceito de verdade como *correspondência* é o mais antigo e divulgado. Pressuposto por muitas das escolas pré-socráticas, o primeiro a formulá-lo explicitamente foi Platão, na definição do discurso verdadeiro feita a *Crátilo*: “Verdadeiro é o discurso que diz as coisas como são; falso é aquele que as diz como não são” (*Crat.*, 385 b; v. *Sof.*, 262 e; *Fil.*, 37c) (ABBAGNANO, 2007, p. 1183).

Isso é mais desafiante quando é necessário inicialmente revisar um grande número de artigos, por vezes milhares, para selecionar um número pequeno que seja de fato útil. O objetivo é reduzir a literatura a proporções manejáveis, sem perder artigos importantes (FLETCHER ET cols., 1996, p. 259).

Fletcher e toda uma literatura na qual ele se ampara vai apresentar, na sua obra *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*, um conjunto de critérios para se rastrear tais artigos. A começar pelos *títulos*, depois pelos *periódicos* e, em seguida, pelas *motivações clínicas*, a *originalidade* e os *métodos* empregados pelos autores pesquisadores. Para Fletcher e seus colaboradores, muitos artigos podem já ser excluídos pelo inapropriado título dado por seus autores, mas é a leitura dos resumos que dá ao leitor uma ideia se o estudo sobre algum tratamento, por exemplo, utilizou grupos de comparação e alocação aleatória, se empregou bons testes estatísticos de análise e de precisão.

As 'boas' revistas e jornais, por exemplo, seriam justamente aqueles que condicionariam os autores a elaborarem resumos estruturados de seus trabalhos, com um modo esquemático de apresentar os elementos de suas investigações seria: o tema da pesquisa, o modelo do estudo, o contexto, as características gerais dos envolvidos na pesquisa, as intervenções realizadas, as aferições, os resultados e as conclusões. Um trabalho que conseguiu ser publicado com essas exigências, *a priori*, é considerado um 'bom' trabalho. E são essas revistas e jornais que serão privilegiados pelos leitores que querem atualizar seus conhecimentos, e serão, igualmente, os privilegiados pelos pesquisadores biomédicos, quando esses desejarem publicar seus trabalhos.

De modo geral, podemos dizer que será o rigor científico que vai estabelecer uma hierarquia entre os veículos de divulgação onde a verdade deverá aparecer, o que, certamente, nada mais é do que uma hierarquização entre os discursos verdadeiros. Em outras palavras, é o rigor científico que vai estabelecer um maior ou menor nível de verdade, uma maior ou menor força da verdade.

A ascese médica que podemos encontrar nos CIMs, mas também nas bibliotecas universitárias e/ou hospitalares, no dia-a-dia de médicos pesquisadores, de clínicos, de especialistas, de portadores de doenças graves, por exemplo, é, assim, caracterizada por esse observar, por esse estar atento ao que é publicado e ao lugar em que é publicado. Um olhar que implica um mobilizar-se, um dirigir-se a

congressos, a seminários, a simpósios, a eventos “científicos”, a livrarias e a bibliotecas. Um olhar engajado numa sociedade do consumo, cúmplice de um ciclo da produção da verdade, de uma economia da verdade.

Um outro aspecto é que essa ascese consiste em formular e em responder a uma série de perguntas, na tentativa de que o leitor médico ou especialista possa validar as investigações clínicas realizadas. Perguntas como: a) que tipo de questão clínica a pesquisa pretende responder? b) que pacientes, variáveis e desfechos foram estudados? Esses fatores determinam a capacidade de generalização dos resultados; c) qual a magnitude do efeito? d) quão provável é que os achados tenham ocorrido ao acaso? Poderíamos acrescentar dezenas de outras perguntas que Fletcher vai sugerir aos profissionais de saúde. Em todo caso, trata-se de perguntas cujas respostas exigem dos leitores saberes específicos, bem como um esforço diário e contínuo para a construção das possíveis respostas.

Entretanto, tenho uma desconfiança: a de que há, nessas práticas de produção de verdades, de publicação, de leitura e de disseminação, que há, abaixo de tudo isso, um *ideal*, de ascese, que constitui o que Nietzsche denomina, em *Genealogia da moral*, de um *ideal ascético*, e que chamaria de *ideal ascético médico*.

O *ideal ascético médico* se caracterizaria principalmente pelo esforço intelectual na produção e busca de verdades, que supostamente são capazes de curar e/ou corrigir o corpo e a existência. Minha desconfiança, a partir de minha leitura de Nietzsche, é que essa ascese praticada na medicina se dá na perspectiva de um ideal que não se diferencia daquela perspectiva espiritual religiosa, no sentido de que há algo em comum entre elas: ambas trabalham com “artigos de fé”, tomam a “verdade” como referência.

Então, minha crítica é a de que a medicina, através da elaboração de regimes de conduta, objetivando defender a sociedade de doenças e de epidemias, propõe um código de “salvação”, uma ascese por meio da qual pretende exercer efeitos de reparação, porque acredita, igualmente, no advento de algo melhor; especificamente, de um corpo melhor, perfeito, com possibilidade de estender sua longevidade. A medicina, *parece-me*, crê num outro mundo, isento de acidentes e de adversários do corpo, do corpo que ela quer prolongar. A esse corpo, ela tem sempre algo a dizer, no intuito de conduzi-lo e de preservá-lo.

Assim essa é uma pesquisa sobre o *ascetismo em saúde*. A partir das perspectivas de Friedrich Nietzsche, vou procurar desnaturalizar concepções herdadas e internalizadas por grande parte dos profissionais de saúde como um “dever fazer”. Concepções como: “as pessoas adoecem *também* porque não seguem as recomendações médicas”, “a doença é *também* uma consequência da ignorância”. Vou problematizar essas afirmações, bem como os juízos de valor sobre certas práticas, consideradas como “incorretas”, “irracionais”, “transgressivas”, como, por exemplo: usar medicamentos sem prescrição médica, ter relações sexuais sem proteção, ingerir alimentos ricos em gorduras e fumar.

Sob a perspectiva desses dois pensadores pretendo pensar os discursos médicos de proteção do corpo como meios pelos quais o poder médico busca controlar e normalizar a vida. É a partir dessas perspectivas que levanto as seguintes questões: práticas ou comportamentos considerados perigosos, ou de desproteção do corpo, seriam, como afirma a medicina preventiva, práticas de destruição da vida? Em que sentido? Em que medida? Não seria a vida algo dotado de algo mais do que uma porção meramente orgânica e fadada à degeneração? Não seria ela constituída por outros elementos que a plasmas e que a fazem resistir a processos de condução do desejo e da vontade?

Penso que a doença considerada como o erro ou desvio, que a medicina busca corrigir, seja aquilo que constitui a vida mesma. No centro da ascese médica está a doença e, no limite, a vida, que é o que é capaz do erro. Por isso o equívoco que desconfio está presente nessa ascese médica, ou nesse ideal ascético médico, é o de não admitir o homem como um vivente condenado a “errar” e a “se enganar” sempre, e que tudo isso é tão simplesmente *viver*.

Nesse sentido, “práticas que levam ao adoecimento” ou de “desobediência”, ou “desviantes”, serão também aqui apresentadas, como “vontade de poder”<sup>9</sup>, como constitutivas de um jogo de forças, um duelo entre as práticas de aconselhamentos, de convencimento. Poderíamos indagar: *logos* e *soma* em combate? Penso que um de meus desafios seja escapar do binômio *logos* e *soma*, como se fossem

---

<sup>9</sup> Esse conceito é de Nietzsche. Segundo Gilles Deleuze, trata-se “de uma força que se relaciona com uma outra força: sob este aspecto, a força chama-se uma vontade. A vontade (vontade de poder) é o elemento diferencial da força. Resulta daí uma nova concepção da filosofia da vontade; porque a vontade não se exerce misteriosamente sobre os músculos ou sobre os nervos, ainda menos sobre uma matéria em geral, mas exerce-se necessariamente sobre uma outra vontade. O verdadeiro problema não está na relação do querer com o involuntário, mas na relação de uma vontade que ordena com uma que obedece, e que obedece mais ou menos” (DELEUZE, 2001, p. 13-14).

elementos antagônicos, em disputa, oponentes. Penso que Nietzsche poderá me auxiliar a romper com esse dualismo.

A expressão “obtenção de prazer<sup>10</sup>” aparecerá aqui associada à “*vontade de poder*”, já que a obtenção de *prazer*, na perspectiva que adoto, não é o fim último das práticas humanas, mas, sim, a obtenção de *poder*. De modo que, por exemplo, o grau de prazer obtido com o consumo de alimentos considerados “não saudáveis” ou o prazer sexual alcançado sem a camisinha, o grau de “prazer” com essas práticas, parece ser maior do que aquele obtido sem essas “violações”. Assim, a busca de maior prazer é que levaria os indivíduos a transgredirem as normas para a boa saúde, em benefício de maior prazer; e o sentimento de maior prazer, por sua vez, estaria associado a maior experimentação de poder. Só que, e espero que fique bem claro aqui, na perspectiva de meus interlocutores e nem na minha, a busca de mais prazer não é garantia de maior potência. Nem todas as práticas que objetivam poder ou potência resultam, de fato, em sua obtenção. Em outras palavras, algumas práticas, como a de não usar camisinha nas relações sexuais<sup>11</sup>, podem resultar em perda de potência, na negação da vida, e não em sua afirmação.

Bem, antes de apresentar a estrutura da tese, faço mais outra observação: não concebo o corpo e nem aquilo que no meio médico é dito como verdadeiro

---

<sup>10</sup> O conceito de prazer empregado na presente investigação é tomado das considerações realizadas por Nietzsche e Foucault em suas obras. Mais em Foucault do que em Nietzsche, prazer é uma palavra chave nas reflexões sobre ética e liberdade. Embora ele (Foucault) não discuta conceitualmente a ideia do prazer, ele emprega o termo em várias maneiras e de diferentes modos. O prazer aparece em sua obra, primeiramente, como a última razão do sujeito. Da mesma maneira como o sujeito sexual se conhece pela decodificação da natureza de seus desejos, o sujeito experimenta o exercício de sua liberdade pela capacidade de dar prazer a si e aos outros nas relações com os demais. Ora, se o sujeito em Nietzsche é multiplicidade dos efeitos e elementos, dos atos e conteúdos contingentes que formam o “Eu”, é o corpo aquilo que circunscreve os limites dessa pluralidade subjetiva para que ela não se confunda com qualquer outro fenômeno do mundo busca nos prazeres corporais o mínimo denominador comum do sujeito plural. A segunda maneira como o termo é empregado é o de prazer como critério que permite ao sujeito conhecer, racionalmente, se está ou não se constituindo de maneira livre. Por último, o terceiro modo como o prazer aparece é o de prazer como experiência emotiva (resultado de estímulos corporais, estados de consciência das relações interpessoais, sentimentos amorosos e/ou estados de gozo próximos do transe). O último emprego é, certamente, mais complexo. Eu, por minha vez, tomando o conceito nietzschiano de vontade de poder, busco empregar o termo prazer como sendo a experimentação de mais força, de maior bem-estar que traduziria um maior grau de liberdade do sujeito. Dessa maneira, um maior ou menor grau de prazer está relacionado à maior ou menor possibilidade do sujeito em experimentar bem-estar consigo, seja a partir de estímulos corpóreos, da obtenção de mais conhecimento pelas rupturas com as regras ou com a moral de terceiros, pelo estabelecimento de relacionamentos interpessoais ou pelo sentimento de que “nada de ruim ocorreu” com as práticas adotadas (cf. FOUCAULT, 2001, p. 1358-1380).

<sup>11</sup> O emprego da camisinha nas relações sexuais é recomendado porque se constitui uma medida de segurança contra o contágio por doenças sexualmente transmissíveis. O não emprego se constitui um ato de desproteção, de não cuidado com a saúde, consigo, com a vida, já que existem chances para os indivíduos que se relacionam em contraírem doenças graves e/ou fatais.

como elementos antagônicos. Outros elementos, como: saúde e doença, vida e morte, conhecimento e ignorância, embora postos em confronto, numa perspectiva agonística, não os considero como contraditórios e nem como elementos que se aniquilam.

## 2. A ESTRUTURA DA TESE

Considerando o que até agora foi apresentado, parece-me satisfatório organizar meus *argumentos* em três partes que denomino de livros.

O *primeiro* livro, que denomino *Ascetismo médico: a busca da verdade como ideal*, é composto por três dissertações. Na primeira dissertação apresento as seguintes temáticas: a) a moral ascética platônica: o corpo obstáculo à verdade; b) o corpo como a grande razão: a ofensiva nietzschiana e, c) corpo educado, corpo saudável: o papel da educação. Na segunda dissertação, as temáticas são: a) a busca e a produção da verdade; b) o ideal ascético e a verdade e c) conhecimento e má consciência. Na terceira dissertação, procuro desenvolver as seguintes temáticas: a) o conhecimento como instrumento de proteção; b) a alfabetização sanitária; c) ignorância e risco de adoecimento.

Nesse primeiro livro procuro mostrar que a busca da verdade biomédica, como ferramenta de apoio às práticas médicas, é um tipo de *ideal ascético*; conceito esse tomado do pensamento de Nietzsche. Na busca da verdade, problematizo sua produção e disseminação, práticas baseadas, segundo Nietzsche, sobre o equívoco da concepção do corpo como elemento naturalmente defeituoso, como fardo ou coisa parecida, que se oporia ou que negaria a saúde. Como, para Nietzsche, foi Platão quem dividiu o mundo em dois – o sensível e o inteligível – e como ele, Nietzsche, buscou em sua escrita suprimir esse dualismo, decidi tomar alguns textos platônicos – para demonstrar que os discursos médicos de proteção do corpo humano, que hoje são disseminados na contemporaneidade, tiveram influência desse pensador, e que, ainda hoje, algumas de suas concepções ainda estão presentes – e confrontá-los com a perspectiva nietzschiana, já que para o filósofo alemão a filosofia platônica seria a negação da vida em mais alto grau.

O equívoco platônico, do qual desconfio estar presente nas práticas de

higienização da existência, não é o de querer proteger o corpo da doença, mas o de conceber o corpo como elemento defeituoso, como *algo* a ser superado. É, além disso, o não reconhecimento de que o corpo pode ser concebido *também* como um conjunto de impulsos em contínua tensão. Pois bem, essa guerra contra o corpo (que pressupõe vontade de aniquilamento) verificada no esforço dedicado pela medicina em atingir um *corpo ideal*, em Nietzsche, traduz uma ascese médica não diferente da ascese cristã, portanto, um ideal metafísico. Trata-se de um livro que buscarei desnaturalizar a infeliz e equivocada associação entre causas e consequências, já que o homem nunca aceitou a condição de não ser o que é: um animal entre outros.

No livro dois, que chamo *Verdade médico-científica e moral*, também composto por três dissertações, procuro desenvolver os seguintes temas: a) o ensino da proteção das relações sexuais: a escola-ambulatório; b) o aconselhamento médico; c) a confissão médica como prática ascética, e d) a informação em saúde como instrumento de controle. Essas são as temáticas da quarta dissertação da Tese, a primeira do segundo livro. Por sua vez, na quinta dissertação, os temas abordados, são: a) verdade médico-científica e moral, e b) informação em saúde, mando e obediência. Na última dissertação do segundo livro, a sexta da Tese, os temas são: a) o êthos da vontade de poder e, b) ascetes afirmativa e negativa da vida: os casos de John Wilmot e de John Preston.

No *segundo* livro, pretendo, sob os efeitos ressoantes do pensamento de Nietzsche, pensar na adesão às informações em saúde como uma prática salutar à toda sociedade. À luz dos escritos nietzschianos, buscarei analisar textos dirigidos aos pacientes, bem como aqueles voltados ao grupo dos profissionais de saúde.

Com relação às práticas consideradas perigosas, de risco, pretendo, ainda no *segundo livro* da tese, dedicar-me ao tema da desobediência, que está igualmente presente nos discursos de orientação e de ensino médicos. Sob uma perspectiva nietzschiana, as condutas de risco podem ser concebidas como forças em combate, constitutivas da vida e que podem ser pensadas não simplesmente como algo ruim em si mesmo, mas como elementos dos quais o querer “livrar-se” pode se constituir um ideal metafísico ou uma ascese afirmativa da vida. Esse é outro risco.

Por último, no terceiro livro, intitulado de “prognósticos e prescrições”, trago

duas dissertações, onde na primeira, que é a sétima da Tese, apresento as “prescrições” nietzschianas, e na oitava dissertação, toco em dois temas: a) os anormais do “presente” e as promessas de imortalidade, e b) a vida que resiste.

No terceiro livro as grande temáticas são a do Homem-Máquina e das biotecnologias e suas implicações na subjetividade, pensando a doença e a saúde como manifestações de forças em combate, forças que não se aniquilam jamais. Hora uma prevalece, hora outra domina. O homem, buscando seu bem-estar, na perspectiva do ideal ascético, deseja suprimir essa tensão, seja pela eliminação do orgânico, seja pelo seu agenciamento com artefatos que o domesticuem.

Bem, em todo caso, problematizar temas como esses constitui um grande desafio. Difícil eleger qual o mais desafiador; provavelmente, o de problematizar a questão da construção da “verdade” médico-científica e seus efeitos sobre a sociedade. Mas, minha temeridade é também a de que essa investigação não se converta numa daquelas “verdades” produzidas sob encomenda, por obrigação, junto a instituições legitimadoras da capacidade dos indivíduos de se entregarem ao exercício da reflexão, como também naquelas verdades que nos projetam para um outro mundo. Procuo escapar dessa “vontade de verdade”, vontade de verdade que Nietzsche chamou de *vontade de poder*.

Ora esta vontade de verdade, tal como os outros sistemas de exclusão, apoia-se numa base institucional: ela é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por toda uma espessura de práticas como a pedagogia, claro, o sistema dos livros, da edição, das bibliotecas, as sociedades de sábios outrora, os laboratórios hoje. Mas é também reconduzida, e de um modo mais profundo sem dúvida, pela maneira como o saber é disposto numa sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e, de certa forma, atribuído (FOUCAULT, 2006, p. 17).

Por fim, após os três livros, apresento minhas considerações finais e a literatura na qual procurei me aliar na tentativa de apresentar meus argumentos, minha própria ofensiva.

### 3 - PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Ora, se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica, o que é que ele aprende? Que atrás das coisas há “algo inteiramente diferente”: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas estão sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhes eram estranhas [...] O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate (FOUCAULT, 1998, p. 17-18).

A escolha do método é uma escolha política e ética, e não simplesmente um formalismo técnico. Trata-se de um percurso para o pensamento que se anuncia, que solicita passagem e requer auxílio para se materializar. Minha escolha por Nietzsche dá-se pelo fato de ter reconhecido que tenho algo a fazer com ele. Como disse Deleuze, não se trata “apenas de uma questão de compreensão ou de acordos intelectuais, mas de intensidade, de ressonância, de acorde musical” (DELEUZE, 2005, p. 108).

Não foi e nem é minha pretensão descobrir as “verdadeiras” razões ou motivos pelos quais os indivíduos se expõem a situações de risco, de perigo ou ameaça à sua integridade física, à sua saúde, nem tampouco apontar soluções ou propostas para a medicina, em sua busca compulsiva em fazer com que os indivíduos não adoçam e vivam mais, protegendo-se de doenças.

Também não é minha pretensão encontrar a possível origem das práticas de informação ou de orientação oriundas do campo médico, nem mesmo suas motivações ou “razões”.

Em todo caso, sou sabedor, para não dizer abertamente *consciente*, que nenhum autor parece suscitar tantas dificuldades metodológicas para seus intérpretes quanto Nietzsche, já que se trata de um escritor que se contrapôs ao conjunto de convicções do homem culto “moderno”, inaugurando, um modo de investigação radical. A singularidade nietzschiana é verificada na “crítica dos valores morais”, que ele faz, de modo distinto dos críticos de seu tempo, já que não trabalhou a serviço de nenhum ideal.

A crítica nietzschiana à civilização não está orientada para o melhoramento da humanidade. “A última coisa que *eu* prometeria – diz Nietzsche – seria ‘melhorar’

a humanidade. Eu não construo novos ídolos; os velhos que aprendam o que significa ter pés de barro. *Derrubar ídolos* (minha palavra para “ideais”) – isso sim é meu ofício” (NIETZSCHE, 1995, p. 18).

Assim, *tentar* pensar com Nietzsche não é, no final de tudo, apresentar algo que “melhore” a humanidade. Fazer isso seria construir um novo “ídolo”, erigir um novo ideal. Quem isso deseja não é, na perspectiva nietzschiana, um “espírito livre”, mas sim um “professor da meta da existência”, que não tomou ainda consciência da comédia da vida e, por isso, reinventa a todo o momento um novo fim, uma nova meta.

A vida *deve* ser amada, *pois* –! O ser humano *deve* promover a si e ao próximo, *pois*! – E quaisquer que sejam e venham a ser futuramente esses *Deves* e *Pois*! Para que tudo o que ocorre necessariamente e por si, sempre e sem nenhuma finalidade, apareça doravante como tendo sido feito para uma finalidade e seja plausível para o ser humano, enquanto razão e derradeiro mandamento – para isso entra em cena o mestre da ética, como mestre da finalidade da existência; para isso ele inventa uma segunda, uma outra existência, e com sua nova mecânica tira essa velha, ordinária existência de seus velhos, ordinários eixos. Sim, ele não quer absolutamente que *riamos* da existência, tampouco de nós – e tampouco dele (NIETZSCHE, 2005, p. 53).

O objetivo desse trabalho não é propor meta alguma, nem um novo ideal melhorador da existência, mas criticar os valores da moral do tempo presente, sobretudo no que diz respeito à busca de um corpo saudável, de uma vida longa.

Mas, cabe a pergunta: qual a importância, então, desse trabalho? Da crítica que ele promove? Já que a crítica pode sugerir, de certa maneira, que eu estaria preso à necessidade de estabelecer um novo “ideal”, revelando uma demanda silenciosa por um novo ídolo. Não é disso que se trata. O que quero mesmo é *implodir* essa *exigência persistente*, de modo a transformar a minha *existência*. Trata-se de uma tentativa de volta à “inocência do vir-a-ser”; trata-se antes de tudo de “uma decisão de não mais medir a realidade segundo normas ideais das quais ela está afastada, em direção às quais ela *deveria* caminhar – uma estratégia que sempre terá por consequência *condenar* o mundo do vir-a-ser em nome desses ideais” (MOURA, 2005, p. XIX, grifos do autor).

Desenraizar a *exigência* de um ideal, a partir de Nietzsche, é colocar em questão alguns ideais e valores vigentes e isso exige redefinir um território analítico. Em outras palavras, é necessário a elaboração de um novo território de onde se fala, e para isso, o que é extremamente importante é deixar os textos falarem. Em *Ecce homo*, ao comentar sua própria obra, Nietzsche nos dá algumas pistas. Em primeiro lugar, trata-se de uma filosofia que nunca terá discípulos, que nunca formará escola, ou seja, não há na obra de Nietzsche uma *doutrina*, “algo” em que possamos “acreditar” e adotar como “guia”. Assim falou-nos por meio de seu Zaratustra:

Agora prossigo só, meus discípulos! E vós também, ide embora, e só! Assim o quero. Afastai-vos de mim e defendei-vos contra Zaratustra! Melhor: envergonhai-vos dele! Talvez ele vos tenha enganado (NIETZSCHE, 1995, p. 20).

O desejo de certeza é, para Nietzsche, sintoma de uma “vontade fraca” do homem de convicções.

A crença é sempre desejada com a máxima avidez, é mais urgentemente necessária onde falta vontade: pois é a vontade, como emoção do mando, o sinal distintivo de autodomínio e força. Isto é, quanto menos alguém sabe mandar, mais avidamente deseja alguém que mande, que mande com rigor, um Deus, um príncipe, uma classe, um médico, um confessor, um dogma, uma consciência partidária (NIETZSCHE, 1983, p. 215).

Ele é um experimentador, um investigador, um andarilho que trilha vários caminhos para chegar à sua “verdade”, uma verdade escrita entre aspas e que sempre será pensada. Não é por acaso que em sua obra encontramos distintos experimentos, diferentes perspectivas, experimentações expressas em aforismos.

Todavia, as experimentações nietzschianas não são desprovidas de método, elas têm uma lógica. Em *Assim falou Zaratustra* Nietzsche nos indica a direção de seus experimentos ao descrever as transmutações do espírito de Zaratustra.

Três metamorfoses, nomeio-vos, do espírito: como o espírito se torna camelo e o camelo, leão e o leão, por fim, criança [...] “O que há de pesado?”, pergunta o espírito de suportação; e ajoelha como um camelo e quer ficar bem carregado [...] Todos esses pesadíssimos fardos toma sobre si o espírito de suportação; e tal, como o camelo, que marcha carregado para o deserto, marcha ele para o próprio deserto. Mas, no mais ermo dos desertos, dá-se a segunda metamorfose: ali o espírito torna-se leão, quer conquistar, como presa, a sua liberdade e ser senhor em seu próprio deserto. Procura, ali, o seu derradeiro senhor: quer tornar-se-lhe inimigo, bem como do seu derradeiro deus, quer lutar para vencer o dragão. Qual é o grande dragão, ao qual o espírito não quer mais chamar senhor nem deus? “Tu deves” chama-se o grande dragão. Mas o espírito do leão diz: “Eu quero.” [...] Inocência é a criança, e esquecimento; um novo começo, um jogo, uma roda que gira por si mesma, um movimento inicial, um sagrado dizer “sim” (NIETZSCHE, 2005b, p. 51-53).

É preciso, pois, analisar as experimentações nietzschianas no âmbito dessas metamorfoses. Ou seja, como a morte do “dever” dá lugar a máxima “eu quero” – é o camelo transformando-se em leão – e, em seguida, como o leão se torna criança, quando prevalece a máxima “eu sou”.

Ora, a passagem do “tu deves” ao ‘eu quero só é possível com a morte de Deus. Como Nietzsche mesmo indicou na *Genealogia da moral*, os sentimentos de “dever” e de “obrigação” foram monopolizados no dever e na obrigação em relação a Deus, mesmo que suas origens tenham sido as relações entre os indivíduos, entre comprador e vendedor. No pensamento nietzschiano, segundo Carlos Alberto Ribeiro de Moura: “Renunciar ao dever é reencontrar o querer, é redescobrir o lugar privilegiado do conceito de “vontade”, que não era reconhecido como essencial exatamente por causa do cristianismo” (Moura, 2005, p. 3). Desse modo é inevitável perguntar o que significa esta “morte de Deus” e qual a sua importância para a temática do ascetismo médico.

Para quem Nietzsche informa que Deus está morto? Quem são seus interlocutores? Vejamos:

Não ouviram falar daquele homem louco que em plena manhã acendeu uma lanterna e correu ao mercado, e pôs-se a gritar incessantemente: “Procuro Deus! Procuro Deus!”? – E como lá se encontrassem muitos daqueles que não criam em Deus, ele despertou com isso uma grande gargalhada. Então ele está perdido? perguntou um deles. Ele se perdeu como uma criança? disse um outro. Está se escondendo? Ele tem medo de nós? Embarcou num navio? Emigrou? – gritavam e riam uns para os outros. O homem louco

se lançou para o meio deles e trespassou-os com seu olhar. “Para onde foi Deus?”, gritou ele, “já lhes direi! *Nós o matamos* – vocês e eu” (NIETZSCHE, 2005, p. 147).

Ora, a morte de Deus não é anunciada a um grupo de fiéis, nem de pessoas que creem em sua existência, mas justamente aos que não creem. Ou seja, o acontecimento passou despercebido aos próprios ateus, já que esses cultivavam os antigos valores e as avaliações e ideais cristãos ainda permaneciam vivos nesse “ateísmo”. Trata-se de ateus semiconscientes que continuam a valorizar o mundo cristão, e que, não se deram conta de que a morte de Deus implica em desvalorização de todos os valores desse mesmo mundo.

Em *Crepúsculo dos ídolos*, Nietzsche (1983, p. 332-33) narra a *História de um erro*, em que o “verdadeiro mundo” se inicia com Platão. Nietzsche apresenta o cristianismo como uma das peles com as quais a serpente platônica se revestiu, daí ele dirá que o cristianismo é “platonismo para o povo”. A morte de Deus é um estágio da morte do platonismo, daí encontrarmos na obra de Nietzsche uma ofensiva contra Platão, que é a figura importante na crítica do primeiro dogmatismo. Qual é o dogmatismo platônico?

Antes de tudo, uma confiança cega na palavrinha “razão”, acompanhada da certeza acrítica de que existem “essências” às quais nossa razão não deixará de nos conduzir, permitindo que possamos circunscrever definitivamente territórios como o “justo”, o “bem”, o “belo” (MOURA, 2005, p. 34).

Nietzsche desconfia da razão e a adoção de sua crítica é *instrumental* para meus propósitos. Afinal:

Nossa época quer comodidade, publicidade e mercado; nossa época quer que nos ajoelhemos diante da “igualdade entre os homens” e honra exclusivamente as virtudes democráticas; nossa época confunde cultura e política, ela não é própria para a produção do filósofo, mas sim para a ebulição do espírito demagogo (MOURA, 2005, p. XII).

Pensar com Nietzsche é contrapor-se à metafísica, é escrever fora de seus grilhões; é adotar uma outra gramática: dos afetos, da metáfora, dos signos. O pensamento é signo em movimento, a escrita é *dança*, é combate entre emoções. Daí que pensar a temática da ascese médica em um programa de doutoramento em educação, a partir de minhas experimentações em *territórios médicos*, não poderá ser uma tarefa desprovida de tensões, de transbordamentos, de *contradições*; é minha tentativa de ocupar outro *lugar*, de sair de uma zona de *desconforto*. Esse *desconforto* é que põe a pensar, a pesquisar, a buscar por sinais, um *novo* lugar onde seja possível respirar melhor.

Admito que há um mal-estar do qual busco livrar-me, e esse querer *livrar-me*<sup>12</sup> é pulsão que estabelece “objetivos”, que me faz adotar ferramentas que me possibilite ingressar num jogo de afetos, buscar estabelecer certa ressonância entre as exigências acadêmicas, minhas experimentações e a obra de Nietzsche.

Mas, como fazer isso? Bem, as análises nietzschianas não descartam um método – Nietzsche fez genealogias –, mas se caracterizam por temas e a moral é seu tema privilegiado, seu “objeto” primeiro investigativo. A moral mereceu de Nietzsche uma especial atenção, e se ele a privilegiou é porque, para ele, todos os outros conteúdos de nossa civilização devem ser por meio dela analisados, é porque nela temos o núcleo formador da sociedade. Daí que será sob *suas críticas* que pretendo problematizar as temáticas já anunciadas.

Na contracorrente dos “métodos analíticos convencionais”, o objetivo da presente investigação não é o de analisar o “sujeito” que fala, ou por que fala, mas a função enunciativa, o que demanda conhecer as regras que constituem o discurso. As perguntas a serem feitas, ao optar pela genealogia, são: “como” apareceram os discursos das práticas de proteção do corpo? Que efeitos de verdade eles produzem em nossa sociedade?

Ora, os enunciados desse discurso produzem uma forma de “ver” e “dizer” o mundo, em meio a um complexo jogo de forças que lhes dá condição de possibilidade; é a combinação do que é dito e visto numa formação social dada. Como compreendo, a partir de Foucault, que não há nada antes ou abaixo do discurso, a análise que pretendo empregar é interpretativa, mas, igualmente,

---

<sup>12</sup> Esse querer livrar-se é o sentimento de impotência diante da constatação de que a vida *poderia* ser de outra maneira e não o é, é o sentimento de culpa por não ter atingido um *ideal*. Esse tema será abordado no final da Segunda Dissertação com o tema *Conhecimento e má consciência*.

descritiva. O que se objetivam com esses enunciados *sanitários*? Esta é a pergunta *mestra* que pretendo responder com Nietzsche. Para esse filósofo, os discursos podem significar uma vontade de verdade, uma vontade *de poder*.

É sob essa lente que me proponho a analisar textos prescritivos forjados pelo pastorado médico, como ferramentas de controle para normatizar e normalizar; trata-se de analisar instrumentos desenhados e construídos de modo contínuo pela medicina preventiva, com a pretensão de atravessar a nossa existência para *corrigi-la*, para *despatologizá-la*.

Por outro lado, a análise de textos da antiguidade sobre a importância da educação e da medicina, sobre o corpo, saúde e a doença, bem como sobre a noção de defeito e de nocividade, pode se constituir numa importante estratégia para se compreender os fundamentos dos discursos médicos de proteção do corpo.

### **3.1 – Porque Nietzsche**

No final do ano de 2004 fui sensibilizado por uma amiga, doutoranda em Educação Brasileira, a me aproximar do Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da UFC. Na verdade, foi um convite que ela me fez. Há anos conversamos sobre algumas de nossas práticas no campo da farmácia. No ano seguinte, após conversávamos com o Professor Dr. Sylvio Gadelha, esse me consentiu frequentar suas aulas como ouvinte. Meu propósito era descobrir se ali, naquele espaço, seria eu capaz de sistematizar minhas inquietações.

Jamais ouvira falar de Michel Foucault muito menos de Nietzsche. Foi a partir de encontros semanais com o Professor Sylvio e das leituras que recomendava, que fui me aproximando de ambos filósofos. Tratava-se de uma leitura muito mais curiosa do que investigativa. Em todo caso, foi suficiente para que minhas inquietações fossem organizadas e adquirissem maior gravidade. As leituras de Foucault me reportaram a Nietzsche; posso dizer que foi Foucault quem me o apresentou. Trata-se de dois pensadores com os quais senti que poderia dizer algo, que poderia pensar sobre algo que me “perturbava” e do qual tinha a oportunidade de me livrar.

Como pensar e falar sobre a questão da busca da verdade e de seus efeitos sobre a vida? Como pensar e refletir sobre as práticas médicas corretivas, as modificações corpóreas, a medicalização, o consumo de informações, o poder e a verdade médica? Ambos os pensadores me auxiliariam nisso.

Penso que devemos a Nietzsche, a seu pensamento, o lugar que tem o corpo, hoje, na filosofia. Nietzsche pensou o corpo; este, aliás, ocupa o centro de seu pensamento. Numa perspectiva contrária à maioria dos filósofos que o antecederam, Nietzsche procurou reverter toda a depreciação que o corpo recebera desde Platão, e o fez desconstituindo a primazia atribuída à alma, primado, aliás, de base dualista, metafísica. Para o filósofo alemão, a filosofia cartesiana, que exerceu profundas interferências sobre a medicina moderna, foi um modo extraordinário de re-apresentar ao Ocidente o idealismo platônico. A força que precisei para criticar a política de higienização do corpo, nos moldes da medicina preditiva, de base genética aliada, às biotecnologias, encontrei-a em sua obra.

A questão da ascese cristã me acompanhou por alguns anos e, vez por outra, senti alguns desprazeres. Tinha algumas desconfianças. Imerso em minhas atividades no CIM/UFC, por várias vezes, fui remetido a fazer algumas analogias entre as práticas ascéticas cristãs e aquelas da busca diária pela verdade médico-científica. Pois bem, as leituras de Nietzsche me parecem “esclarecedoras” para alguns aspectos, tais como: a) o valor delegado à verdade médico-científica no CIM/UFC não é bem diferente daquele atribuído à verdade cristã no cristianismo católico; b) tanto no meio acadêmico como no religioso, há uma condição de existência a ser atingida como um ideal; c) os enunciados de verdade exercem efeitos de mando e de obediência.

Quando mencionei uma “dívida” para com Nietzsche, refiro-me ao seu modo dionisíaco de olhar o mundo, a vida e o corpo. Um modo alegre, firme, de combate, sem culpa, sem lamento ou remorso. Olhar o mundo como jogo de forças; forças que não são boas e nem más; aliás, não lhes cabem tais adjetivos. Forças que, em combate, afirmam a vida mesma, que é, em Nietzsche, nada mais do que Vontade de Poder. Esse *poder*, que em Michel Foucault, aparece como produtor de individualidades, ele demonstrou muito bem em suas obras e em seus cursos ministrados no Collège de France.

Mediante os efeitos dos saberes, especialmente, os das verdades elaboradas com expectativas salvíficas, na sociedade vão emergir subjetividades esquadrihadas pela disciplina, pela norma e pelo controle. Assim, o nascimento da clínica, do hospital, dos ambulatórios especializados, a institucionalização da anamnese e dos exames, a criação de prontuários e de outros mecanismos de registros médicos, a prescrição de medicamentos e seu monitoramento, são exemplos de práticas individualizantes, práticas “sanitárias” presentes numa pastoral que é médica. O médico, que exerce um poder<sup>13</sup> que é, principalmente do tipo pastoral, é capaz por meio de seus enunciados de verdade, que expressam determinado tipo de saber, produzir individualidades.

Foucault, com sua análise arqueogenealógica, fez aparecer tudo isso. Bastaria mencionar os cursos: *O Poder psiquiátrico* (1973-1974), *Os anormais*

---

<sup>13</sup> O poder é um outro conceito chave nas obras de Michel Foucault, que, diferentemente de alguns que o antecederam não se dedicou à elaboração de um novo conceito de poder, mas à sua análise como prática social, historicamente constituída, e as diversas formas como o mesmo é exercido na sociedade. Assim, mais interessante do que perguntar: “o que é o poder?”, para ele é mais importante indagar: “[...] quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos dispositivos de poder que se exercem a níveis diferentes da sociedade, em domínios e com extensões tão variados?” (FOUCAULT, 1998, p.174). A análise de Foucault não é teórica, mas histórica e metodológica. Em *O nascimento da clínica* Foucault elaborou uma teoria do olhar médico, uma experiência do olhar que fundamenta a prática médica, trazendo à superfície a relação entre olhar e poder. O poder, para o filósofo, só existe enquanto relação de força e é no seio desta compreensão que repousa a “representação” do poder. Há nesse olhar do médico a procura do sentido moral que se empresta às ações, quando se trata de corrigir o corpo que adocece. Assim, a internação, a partir das suas investigações, o filósofo francês inaugurou no mundo clássico um outro modo de relação entre os sujeitos. No tocante ao poder dito pastoral, o que caracterizaria um bom pastor é o fato deste cuidar bem de suas ovelhas. Trata-se de uma relação de poder diferente daquela relação verificada entre o soberano e seus súditos: enquanto na última o povo deveria servir ao soberano, no poder dito pastoral, diferentemente, o pastor serve ao rebanho, cuidando da vida de cada um de seus membros. Assim, o bom médico seria aquele que cujas atitudes não têm em vista algum benefício próprio. No poder pastoral, quando as ovelhas se salvam, o pastor se salva. Essa característica do poder pastoral é cultivada, também, na medicina e, tocante a essa modalidade de poder, Foucault faz a seguinte afirmação: “O poder pastoral, a meu ver, inteiramente definido, por seu bem-fazer, ele não tem outra razão de ser senão fazer o bem. É que, de fato, o objetivo essencial, para o poder pastoral, é a salvação do rebanho [...] O poder pastoral é um poder de cuidado. Ele cuida do rebanho, cuida dos indivíduos do rebanho, zela para que as ovelhas não sofram, vai buscar as que se desgarram, cuida das que estão feridas” (FOUCAULT, 2008b, p. 170). Ora, segundo Foucault, a verdadeira história do pastorado, como tipo específico de poder sobre os homens, como matriz de procedimentos de governo dos homens, no Ocidente, começou com o cristianismo, e essa pastoral cristã tornou-se o pano de fundo da consolidação do Estado moderno, ou seja, “quando a governamentalidade se torna efetivamente uma prática política calculada e refletida” (Idem, p. 219). Para Foucault o poder pastoral constituiu o prelúdio do que ele chamou de governamentalidade, um modo de governar que se desenvolveu a partir do século XVI. Essa modalidade de poder preludia a governamentalidade de duas maneiras, segundo o filósofo francês: a *primeira*, pela constituição específica de um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em contínuas redes de obediência, subjetivado pela extração de verdades que lhes são impostas. A *segunda* maneira, pela introdução no interior das relações entre os indivíduos de uma técnica de circulação e de transferência de inversão de méritos e deméritos, pela produção de verdades ocultas, pela submissão do indivíduo ao indivíduo, numa dependência que não garante nenhuma liberdade.

(1974-1975) e *Território, Segurança e População* (1977-1978). Ainda temos: *História da Loucura* (1972), *Vigiar e Punir* (1975) e *História da Sexualidade* (1976-1984). O tema central de suas investigações sempre foi a constituição histórica do homem.

Foucault aprendeu com Nietzsche a escutar a história, não porque acredita que ela tenha uma essência ou identidade, mas para desvendar um dos seus maiores segredos, e que é “decepcionante”: sua suposta essência foi construída peça por peça a partir de figuras a ela estranhas, e o que une tais peças é o conflito, a tensão, a discórdia, a *vontade de poder*.

Por trás dos discursos médicos de proteção, não estão escondidos simplesmente a dedicação à verdade, a elaboração do rigor científico, o desejo de salvaguardar a humanidade. A retirada de suas máscaras, pela genealogia, possivelmente nos revelará as emendas, as suturas, os “cálculos” que deram origem àquilo que por centenas de anos tem valor para nós. Foucault fragmentava o que se pensava estar unido.

Tanto em *História da Loucura* como no curso *O Poder psiquiátrico*, as análises genealógicas de Michel Foucault mostram que a ação médica sobre a doença não apenas revela tanto sua verdade ao médico, mas a produz. O hospital surge como o local da eclosão da verdadeira doença, que é, segundo Foucault, a reconstituição contínua do poder médico produtor de verdade num espaço ininterruptamente adequado para o exercício desse poder. Só que, em Foucault, o poder médico, como qualquer poder, é uma relação de forças, em outras palavras, como dirá Deleuze, “toda relação de forças é uma “relação de poder” (DELEUZE, 2005, p 78).

Foucault analisou os enunciados que as instituições por ele pensadas comportavam. Os registros, as inscrições e os contratos, todos eles remetem a espaços institucionais sem os quais os sujeitos não poderiam existir; é o caso do médico no hospital ou no consultório, lugares onde os enunciados podem ser repetidos, mas essa repetição é que é capaz de constituir singularidades. Os gráficos, as curvas probabilísticas, as tabelas, enfim, as análises epidemiológicas descritivas são, para Foucault, um conjunto de relações de força, um conjunto de enunciados, multiplicidades, a partir da quais são estabelecidas individualidades. Só

que as multiplicidades ocupam um lugar, e uma das propriedades da arqueogenealogia é demonstrar que:

Os enunciados não são palavras, frases ou proposições, mas formações que apenas se destacam de seus *corpus* quando os sujeitos da frase, os objetos da proposição, os significados das palavras *mudam de natureza*, tomando lugar no “diz-se”, distribuindo-se, dispersando-se na espessura da linguagem (DELEUZE, 2005, p. 28).

É justamente esse espaço constituído pelo destaque, resultado do descolamento das proposições de seus *corpus*, entre o visível e o invisível, nessa disjunção, que Foucault chama de “o não-lugar”. É nesse espaço que pode ser dar o estabelecimento de uma relação do sujeito consigo mesmo, a formação de um *êthos* de resistência. Todavia, os sistemas de controle, mediante os saberes que entrelaçam o visível e o enunciável, se estabelecem e se reconfiguram de tal modo a adquirirem penetrabilidade suficiente para ocuparem esse interstício. Assim, pensar com Foucault é cavar brechas, é abrir janelas, é fazer resistência.

É importante, desde já, reafirmarmos o que em Foucault tornou-se bastante evidente: não existe, de um lado, os médicos que detêm o poder, e, de outro, os doentes que sofrem seus efeitos. O poder não é um objeto que está nas mãos de um grupo de pessoas, como uma bola, e que de tempos em tempos passa de mão em mão. O poder é uma relação. Assim, as resistências ou desobediências que se dão dentro dessa relação são, na realidade, próprias das relações de força ou de poder.

Desse modo vale a advertência que o próprio Michel Foucault nos faz:

Seria talvez preciso renunciar a toda uma tradição que deixa imaginar que só poder haver saber onde as relações de poder estão suspensas e que o saber só pode desenvolver-se fora de suas injunções, suas exigências e seus interesses. Seria talvez preciso renunciar a crer que o poder enlouquece e que em compensação a renúncia ao poder é uma das condições para se tornar sábio. Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações de “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o

sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento (FOUCAULT, 2004, p. 27).

## **3.2 – Estratégias de investigação**

### *3.2.1 – O que pretendo fazer*

À luz das obras de Nietzsche pretendo demonstrar a existência de um ideal de ascese no campo sanitário contemporâneo que foi herdado das perspectivas platônica do corpo como algo a ser superado e da verdade como uma ferramenta para essa superação.

### *3.2.2 – Como pretendo fazer*

Dividi a Tese em três livros. O primeiro dedicado à busca da verdade como ideal, e nesse livro privilegio as obras de Nietzsche para demonstrar a presença de um ideal ascético no pensamento platônico que se estendeu até às práticas médicas nos dias de hoje. Por isso recorro às obras platônicas e as confronto com o pensamento nietzschiano, especificamente, no que se refere à concepção do corpo como obstáculo à verdade, e à valoração que tem a verdade, seu conceito, sua história, sua utilidade, seus efeitos. No primeiro livro apresento, também, a concepção moderna da educação como ferramenta de “ajuste” do corpo, o privilegio pelo verdadeiro como sendo parte integrante de uma vontade de potência. Daí, que procuro conceituar o que seja ascetismos negativo e afirmativos da vida no campo sanitário, e conseqüentemente, apresento o problema do analfabetismo, da ignorância como elementos que podem colaborar no agravamento da condição intrínseca de vulnerabilidade da vida orgânica, objeto de práticas médicas de cuidado e de medicalização.

Ainda para atingir meus objetivos, no segundo livro, recorro aos enunciados de recomendações para uma vida saudável, presente em espaço escolares, tomando o exemplo do emprego da camisinha como medida de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis; lanço igualmente meu olhar para o ambulatório médico como espaço onde é possível verificarmos práticas de mando, de obediência e o emprego de tecnologias profissionais; é o poder disciplinar produzindo subjetividades, tanto pela prática da escuta, como pelo uso de tecnologias diagnósticas e da escrita que veicula palavras de ordem denominadas informações em saúde.

Finalizando o segundo livro, apresento dois exemplos fictícios de asceses afirmativa e negativa da vida. Para isso emprego duas produções cinematográficas: os filmes *O Libertino* e *Equilibrium*, onde trago dois personagens que fazem experimentações de afirmação do desejo e da vontade com desdobramentos distintos. Minha intenção é olhar o cinema como espaço no qual os dilemas da vida humana podem aparecer e serem pensados. No nosso caso, em particular, sob a perspectiva nietzschiana, problematizo o conceito moderno de risco à luz do conceito nietzschiano de vontade de poder.

O conceito de Vontade de Poder é “primordial” na presente investigação, uma chave de leitura, uma lenta preciosa para minhas análises dos movimentos contemporâneos de “busca” do corpo perfeito, de uma vida longa, por meio do emprego de biotecnologias. Essas considerações eu busco fazê-las no terceiro livro da Tese.

### 3.2.3 – *Para quê vou fazer*

Minhas pretensões são, *primeiro*, desnaturalizar as concepções: a) que o corpo é naturalmente defeituoso; b) que a vida merece ser medicalizada ou corrigida; *segundo*, demonstrar a) a existência de uma proposta de instauração de vida *verdadeira*, atravessada de cabo à rabo pelo *querer* a verdade, que é, nada mais e nada menos do que instrumento de uma vontade fraca que busca potência; b) que a doença pode ser concebida como parte integrante da própria vida, e não um elemento oponente; b) que as práticas de combate ao adoecimento manifestam

um *querer mais*, uma potencialização da vida; c) que práticas de obediência, não necessariamente, precisam ser pensadas como negação da vida, mas podem ser pensadas como constitutivas de um jogo de forças que tece a própria vida.

## **LIVRO UM**

### **O ASCETISMO MÉDICO: A BUSCA DA VERDADE COMO IDEAL**

Evidentemente, o homem quer sobreviver e viver intensamente; em outras palavras, ele quer ir além da sobrevivência. No caso da medicina, temos as doenças e as enfermidades que ameaçam a integridade do corpo e, conseqüentemente, a sobrevivência do homem. Para sobreviver, o homem estabeleceu como um de seus objetivos vencer a doença. E isso, esse objetivo, dá sentido à vida.

Para vencer a doença o homem utilizou a razão, usou seu intelecto para estabelecer toda uma lógica em torno da qual a doença é explicada como efeito de uma causa ou de uma somatória de *causas*. A busca do domínio sobre a doença levou-o à criação de uma racionalidade, a cujos olhos a doença não pôde escapar. Assim, foi construído um mundo onde há garantia da dominação da verdade sobre a doença; contudo, nele, o homem não é capaz de viver a vida com tudo o que ela pode trazer de sofrimento, de alegria e de outros sentimentos, sem necessidade de classificá-los em *bem e mal, verdade e mentira*.

Desse modo, o “instinto de conhecimento” nada mais é do que instinto de sobrevivência, e, por conseguinte, os discursos elaborados por esse instinto são “indiscutivelmente” moralizantes. Mesmo míopes, não nos contemos e, ainda assim sem conhecimento de causa, classificamos e dividimos as pessoas e suas ações em más e boas, nocivas e úteis.

Não sei mais se você, caro próximo e semelhante, é *capaz* de viver em detrimento da espécie, ou seja, de forma “irracional” e “má”; o que poderia ser nocivo à espécie já se extinguiu talvez há milênios e está entre as coisas que nem Deus pode mais conceber. Siga os seus melhores ou os seus piores desejos e, sobretudo, pereça! Em ambos os casos você provavelmente ainda é, de algum modo, fomentador e benfeitor da humanidade, e por isso tem direito a seus apologistas – mas também a seus detratores (NIETZSCHE, 2005, p. 52).

Os fundadores da moral<sup>14</sup>, que estabelecem novas metas para a humanidade, novos rumos para os homens, novos horizontes, os anunciadores de

<sup>14</sup> A palavra moral é ambígua. Por “moral médica” trago duas compreensões. A primeira como sendo o conjunto de valores e regras de ação proposto aos indivíduos e aos grupos por intermédio de prescrições e/ou regras médicas; uma compreensão que se fundamenta no conceito geral de moral. Todavia, por “moral médica”, entendo igualmente o comportamento real dos indivíduos, doentes ou não, em relação às regras e valores que lhes são propostos pela medicina: designa-se, assim, a maneira pela qual os indivíduos doentes ou a adoecer se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta, pela qual eles obedecem ou resistem a uma interdição ou a uma prescrição, pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores (adaptado de FOUCAULT, 2006b, p. 26).

um “novo horizonte”, eles advém desse instinto de sobrevivência. É evidente que esses *profissionais da salvação*, trabalhando no interesse da *espécie*, em prol da vida da espécie, promovem a *fé na vida*. “Vale a pena viver”, “proteja a sua vida”, “prolongue sua existência”, são alguns dos gritos anunciados. E este impulso à conservação está presente em todos os tipos, e com especial atenção me dirijo aos estudiosos, aos cientistas da área médica.

O aparecimento desses *profissionais* promoveu mudanças na sociedade, de modo que a existência humana passou a ter uma necessidade crescente e renovada de tais mestres e de seus ensinamentos de sobrevivência. As mudanças advieram e advém de alterações nos comportamentos; o estabelecimento da *vitória* do conhecimento sobre o que ameaça a vida da nossa espécie requer o emprego de uma artilharia específica, de um determinado regime, da adoção de uma postura.

Ora o querer em sobreviver e em viver intensamente, que leva-nos a um esforço em manter-nos ‘saudáveis’ e que aqui considero como uma ascese médica, tem dois componentes complementares: a submissão do corpo à autoridade e a realização de exercícios em conformidade com as regras predefinidas. No caso dos profissionais de saúde, esses devem se submeter à autoridade do discurso científico; autoridade confirmada pela sua publicação em revistas e/ou jornais “qualificados”. E essa submissão é verificada pelo emprego das conclusões e das recomendações desses trabalhos publicados. Todavia, os mesmos profissionais de saúde que se submetem à autoridade da literatura biomédica são igualmente autoridades em confronto com seus pacientes. Por isso que, no caso dos pacientes ou dos não-médicos, essa submissão do corpo se dá pela obediência às recomendações e às prescrições desses profissionais. Em tudo isso encontramos o disciplinamento do corpo.

A ascese médica teria, assim, a função de submeter o corpo à verdade científica, com a expectativa de que essa o corrija, o aperfeiçoe, o auxilie no combate contra o *mal*. É na busca de um corpo *ideal* que os cientistas não cessam de produzir a verdade, que as instituições estimulam continuamente a leitura e a aplicação de novos saberes.

É possível considerarmos, a partir de Nietzsche, que na ascese médica podemos encontrar dois tipos distintos de ascetas: um *asceta afirmativo* da vida, e um *asceta negativo*. Esses dois tipos caracterizam igualmente dois tipos humanos

bem distintos. O primeiro tipo humano, o adepto da *ascese afirmativa*, não vê no corpo a fonte de um *mal*, como causa do adoecer e nem do sofrimento e, por isso, não busca a verdade na perspectiva de que ela o auxilie na luta *contra* o corpo, como ferramenta de seu *aperfeiçoamento*. Emprega, sim, uma “verdade”, mas como auxiliar no fortalecimento do corpo contra forças adversas, contra aquilo que pode destruí-lo; todavia, não vê na vulnerabilidade algo do qual possa envergonhar-se.

O segundo tipo, o *asceta negativo*, procura um corpo *ideal* porque busca uma “vida ideal”, desprovida de sofrimento e de doenças. O *asceta negativo* busca dirigir sua vida pela “verdade” em todos os sentidos, pois não suporta a falta de sentido. Daí ter optado por viver crendo na verdade, na perspectiva de um *além*. Ao invés de empregar a verdade a seu favor, como um elemento com a qual possa unir-se contra a doença, o *asceta negativo* anula-se por inteiro, a entroniza, a cultua e dela se faz servo.

Na perspectiva nietzschiana, essa é a *doença* que aflige a humanidade contemporânea: a busca de um corpo *ideal*, livre do *mal*, da “capacidade” de adoecer, da vulnerabilidade. O *decadente*, para o filósofo, é aquele que considera o corpo e o intelecto como elementos separados. A *ascese afirmativa* não pressupõe a ausência de regras, só que nela não há combate contra o corpo, mas corpo e intelecto são vistos como uma coisa só e estão, *ambos*, engajados num disciplinamento de forças que podem proteger o corpo contra o perigo da doença.

Uma das críticas de Nietzsche à civilização de sua época foi o depreciamento do corpo em relação à alma. Não que ele admitisse a existência duma *alma*, mas ele combateu esse dualismo, que é platônico. A *ascese*, em Nietzsche, pressupõe a união do espírito ao corpo, em permanente devir. Para o *asceta afirmativo* o que vale a pena não é a *finalidade*, que a *ascese negativa* vai conceber como verdade, mas, sim, a *vida*.

Para o médico, pesquisador ou não, o que ampara sua prática é um *a priori*, que é a verdade, o achado, os resultados das investigações, as recomendações dos mais recentes estudos publicados. O problema é que ele crê que essa *verdade* é a *realidade*, quando, de fato, só existem aparências. Em contrapartida, na *ascese afirmativa* não há preocupação com essa “verdade”, mas com os equívocos de concebê-la como perspectiva única, pela qual a vida do enfermo, do paciente, do não-doente, da sociedade em geral, deve ser avaliada e medida.

O *asceta afirmativo* não sente a vida como peso e não se remete à transcendência. Ele sabe que não pode dispensar os exercícios, as práticas de cuidado com a saúde do corpo, mas de modo algum nega que sua perspectiva é tão somente mais uma dentre tantas outras de olhar a vida. Na *ascese afirmativa* não há cultivo da doença, nem negligência com as recomendações do médico; todavia, não há a busca de uma vida *ideal* ou de uma saúde *ideal*. Há, sim, luta, combate contínuo para se viver, dia-a-dia, a vida como ela é.

A filosofia de Nietzsche é a tentativa de suprimir esses dualismos: corpo e alma, sensível e inteligível, imanência e transcendência. Daí a sua crítica ao platonismo, que, segundo Nietzsche, é a negação autêntica da vida em mais alto grau. Mas o que, do platonismo, a medicina contemporânea ainda conserva? E que críticas nietzschianas feitas ao platonismo podem ser aplicáveis à medicina atual?

## **I - PRIMEIRA DISSERTAÇÃO**

### **1. 1 - A MORAL ASCÉTICA PLATÔNICA: o corpo como obstáculo à verdade**

#### *1.1.1 – A arte médica de governar o corpo: a educação e a saúde*

Estrangeiro – E quer governem a favor ou contra a vontade do povo; quer se inspirem ou não em leis escritas; quer sejam ricos ou pobres, é necessário considerá-los chefes, de acordo com o nosso atual ponto de vista, desde que governem competentemente por qualquer forma de autoridade que seja. Assim como os médicos, quer nos curem contra ou por nossa própria vontade, quer nos operem, cauterizem ou nos inflijam qualquer outro tratamento doloroso, quer sigam regras escritas ou as dispensem, quer sejam pobres ou ricos, não hesitamos absolutamente em chamá-los médicos, bastando para isso que suas prescrições sejam ditadas pela arte; que purificando-nos ou diminuindo nossa gordura por qualquer modo, ou, ao contrário, aumentando-a, pouco importa, eles o façam para o bem do corpo, melhorando o seu estado, e que, como médicos, assegurem a saúde dos seres que lhes são confiados. Essa é, a meu ver, a única maneira de definir corretamente a medicina e qualquer outra arte. Sócrates, o jovem – Certamente (PLATÃO, 1991, p. 241).

Platão faz referência à Medicina para dizer como deve ser o governo dos homens, pois assim como o médico busca a medida justa ou o justo meio na sua tarefa de restabelecer a desarmonia verificada no corpo, que é a doença, o político deve saber harmonizar os opostos, como se compusesse um tecido empregando fios macios e duros.

No tecer essa tela, ele fixará a parte divina do homem (ou seja, a alma) com um “nó” divino e a parte animal (o corpo), com um “nó” humano. O nó divino é o conhecimento dos valores supremos, que amansa as almas audazes e torna sensata as almas mansas e une umas e outras com relação ao belo e ao bom numa só opinião. O nó humano, por sua vez consiste em fazer com que, por meio de matrimônios oportunamente combinados, as naturezas opostas se conjuguem, de modo que os temperamentos opostos venham a se equilibrar também do ponto de vista biológico (REALE, 2007, p. 280).

Na obra *Político*, Platão insiste na tese de que a melhor forma de governo seria aquela de um homem que governasse com “virtude e ciência”, acima da lei, que, além de ser abstrata, é impessoal. Todavia, ele reconhece que o homem capaz de fazê-lo não existe, daí que a supremacia deve ser, sim, a da lei. Por isso, é fundamental que sejam elaboradas leis invioláveis. Platão nos apresenta sua perspectiva da “arte médica de governar”, que aqui surge como a imposição do bem, seja pela força ou pelo convencimento, quer esse bem seja desejado ou suportado. Esse *bem*, é a saúde.

Na Grécia de Platão, o médico poderia até ignorar as leis, pois seus saberes estavam acima delas. E, se cometesse infração, é porque cada caso era um caso, pois existiam pormenores que mereciam cuidados distintos dos cuidados gerais. O importante é que ele assegurasse a saúde daqueles que lhe eram confiados. O importante é que o médico promovesse o bem, e esse *bem*, era a promoção da saúde. Bem e Saúde se confundem na medicina.

O médico é apresentado por Platão como aquele que pode e que sabe intervir sobre o corpo, objetivando a melhoria de seu estado de saúde; como aquele que pode assegurar a saúde daqueles que lhe foram confiados. Ele sabe o momento, a ocasião, para intervir. A figura do médico é a personificação de uma profissão exemplar, benéfica, promotora de bem-estar social e espiritual na vida do homem grego. Para Werner Jaeger:

Ainda que não tivesse chegado até nós nada da antiga literatura médica dos Gregos, seriam suficientes os juízos laudatórios de Platão sobre os médicos e a sua arte, para concluirmos que o final do séc. V e o IV a. C. representaram na história da profissão médica um momento culminante do seu contributo social e espiritual. O médico aparece aqui como representante de uma cultura especial do mais alto grau metodológico e é, ao mesmo tempo, pela projeção do saber num fim ético de carácter prático, a personificação de uma ética profissional exemplar, a qual por isso é constantemente invocada para aspirar confiança na fecundidade criadora do saber teórico para a edificação da vida humana. Podemos afirmar sem exagero que sem o modelo da Medicina seria inconcebível a ciência ética de Sócrates, a qual ocupa o lugar central nos diálogos de Platão [...] é a Medicina a mais afim da ciência ética de Sócrates (JAEGER, 2003, p. 1001).

Nos diálogos platônicos, a figura do médico aparece juntamente com a figura do professor de ginástica (no que diz respeito à educação física que tinha papel importante no cuidado com o corpo sadio) e, simultaneamente, ao lado dos músicos e poetas, e, sobretudo, do filósofo, que tinham importantes papéis no campo da educação espiritual do homem Grego. Os conhecedores de Platão sabem que ele concebe o homem como uma realidade de duas dimensões: uma espiritual e outra corporal.

É, ao contrário, dualista (em certos diálogos em sentido total e radical) a concepção platônica das relações da *alma* e do *corpo*. Com efeito, na concepção das relações entre a alma e o corpo se introduz, além da componente metafísico-ontológica, a componente religiosa do orfismo, que transforma a distinção estrutural entre alma (= supra-sensível) e corpo (= sensível) em *oposição estrutural*. Por esse motivo o corpo é compreendido não tanto como o receptáculo da alma que lhe dá a vida e a suas capacidades como um instrumento a serviço da alma segundo pensava Sócrates, quanto, ao invés, como “túmulo” e “cárcere” da alma e lugar de expiação (REALE, 2007, 203).

A tarefa de formar espiritualmente o homem pertence àqueles que o governam e o educam. Uma vez formado espiritualmente, o homem será capaz de velar pessoalmente pelo seu corpo. Em Platão a alma tem um papel importantíssimo na instrução do corpo; ela é essa porção divina, racional, cuja porção *irracional* – que é o corpo –, deve-lhe obediência. Ora, para Platão existem coisas que

constituem vergonha para uma civilização, sintomas infalíveis de uma má formação do homem grego, como por exemplo, os estabelecimentos de saúde. Ora, o papel do educador era fazer com que essas instituições – as de saúde – se tornassem desnecessárias. Vejamos um trecho encontrado na *República*:

Sócrates – Porém, se o desregramento e as doenças se multiplicarem numa cidade, não se abrirão muitos tribunais e clínicas? A justiça e a medicina serão apreciados quando os homens livres a eles se entregarem em grande número e com entusiasmo.

Glauco – Não poderia ser de outro modo.

Sócrates – E haverá para uma cidade maior prova do vício e da baixaza da educação do que a necessidade de médicos e juizes hábeis, não só para as pessoas rudes e os artesãos, mas também para os que se vangloriam de ter recebido uma educação liberal? Ou crês que não é uma vergonha e uma grande prova de falta de educação ser forçado a recorrer a uma justiça fictícia e tornar os outros senhores e juizes do seu próprio direito, na falta de justiça pessoal?

Glauco – Nada mais vergonhoso [...]

Sócrates – E acaso será menos vergonhoso recorrer à arte do médico, não para feridas ou para alguma dessas doenças próprias das estações, mas porque, devido à preguiça e ao regime que descrevemos, fica-se cheio de emanações e vapores como um pântano, obrigando os discípulos de Esculápio a dar a essas doenças os novos nomes de “flatulências” e “catarros”? (PLATÃO, 2000, p. 99-100).

Nesse diálogo, Sócrates diz a Glauco que as doenças, excetuando-se aquelas próprias das mudanças climáticas, são o resultado de uma má educação; melhor dizendo, de uma insubordinação aos preceitos, aos conselhos, às prescrições médicas, não por um não querer obedecer, mas por uma ignorância, pela *ausência* de um saber. O corpo é naturalmente *defeituoso*, porque é naturalmente ignorante e, conseqüentemente, adoece. O corpo, como já dissemos, é apresentado como a porção animal do homem, o que há de inferior nele, daí que é por falta de educação<sup>15</sup>, de uma “boa” educação, que o corpo adoece. Pois o corpo,

---

<sup>15</sup> Em Platão, a educação aparece como sendo um dos elementos ou um dos fatores que condicionam o estado de saúde de um indivíduo e de uma população. Ela, a educação, é considerada um meio de se promover a saúde. Ou seja, educar para a saúde é considerada como uma entre outras estratégias para que as pessoas ou uma nação adoça menos ou não adoça. Na contemporaneidade observem que a disseminação de conteúdos informativos e educativos é considerada pelas organizações internacionais e nacionais de saúde, como componentes importantes na promoção da saúde. A promoção de uma vida saudável, na compreensão dessas instituições, passa necessariamente pelo desenvolvimento de habilidades pelos indivíduos, de modo que esses tomem decisões em suas vidas que preservem e/ou promovam a sua saúde. Pois bem, a educação em saúde aqui será empregada com as seguintes considerações: 1ª) como uma prática a ser realizada pelos profissionais de saúde – embora, não seja exclusiva desses profissionais – no intuito de transformar atitudes e hábitos do indivíduo e/ou de uma população; 2ª) como uma prática a ser

por si mesmo, nada pode aprender. Todavia, a educação é o meio pelo qual o homem, melhor dizendo, a sua porção divina, que é a alma, pode dominar os impulsos do corpo, seus afetos e instintos. Pela educação, o homem pode encontrar a medida justa da satisfação daquelas necessidades próprias do corpo.

É justamente pela crença nesse papel messiânico da porção divina, que é a alma ou intelecto, que, aos elementos que podem preservar o corpo do adoecimento e dos infortúnios, será atribuído papel salvífico e uma “natureza” inquestionável, bem como irrefutável aos que os elaboram: o *especialista*, o investigador.

Ao intelecto é atribuída a tarefa de conduzir o corpo, a função de pedagogo. Assim, uma alma bem instruída é capaz de dar ao corpo orientação devida, de ensiná-lo, de protegê-lo, de livrá-lo do desprazer. Ela exercerá o cuidado com a sua morada. Logo, se a alma, por infortúnio, não receber instrução, o corpo adoecerá. Assim, a ignorância é intolerável, ela constitui ameaça à preservação da sociedade, da *polis*. Não é a doença que é o maior dos infortúnios para uma cidade; é, sim, a falta de instrução, a ignorância. E o saber protegerá o corpo se a alma que nele habita for bem educada.

Por isso, dirá Sócrates: as doenças são consequências do desregramento. O aumento no número de clínicas médicas não sinaliza a preocupação em melhor governar a cidade, não significa melhor qualidade de governo, não significa uma maior preocupação para que as pessoas não adoeçam. Um número elevado de clínicas médicas é um sinal de vergonha para uma cidade, pois não traduz a expansão do saber médico, mas a expansão da ignorância dos indivíduos de uma cidade; significa o quanto de almas não são ensinadas e que desconhecem a verdade; traduz a falta de domínio da alma sobre o corpo, a insubordinação do corpo à verdade, pois um indivíduo cuja alma recebeu uma educação elevada se dedicará em observar uma dietética e dificilmente cairá nas mãos do médico.

Temos, assim, nesse pequeno trecho do diálogo entre Glauco e Sócrates, três importantes elementos intrinsecamente relacionados: o corpo, a saúde e a educação, sobre os quais, creio eu, se apoia uma moral ascética que desde Platão se faz presente em nossos dias.

---

realizada, privilegiadamente, na relação entre esses profissionais e aqueles que a eles recorrem. E essa relação, como toda relação entre pessoas, dá-se em um espaço físico. Ora, o espaço físico que aqui será pensado será prioritariamente o ambulatório médico. Logo, o profissional por excelência aqui contemplado é o médico.

Quanto ao modo como se relacionam, temos: *Primeiro*, as doenças são postas numa estreita relação de dependência com os desregramentos, numa relação do tipo causa e efeito, e os desregramentos são apresentados como práticas de insubordinação do corpo à razão, como resultado de uma alma “mal educada”, do predomínio de uma vida *irracional*. É como se Platão estivesse a dizer: *o corpo é naturalmente defeituoso porque ele é naturalmente desprovido da verdade e por isso ele adocece*. O defeito do corpo, qual é? Não é o de poder adoecer. O defeito do corpo é o não se interessar *naturalmente* pela verdade, é insubordinar-se à razão por assujeitar-se a si mesmo, a seus instintos, a seus impulsos, às sensações experimentadas por meio dos sentidos em contato com o mundo que o cerca. O defeito do corpo é *não sentir prazer* com a verdade. O *Segundo* elemento, como desdobramento do primeiro, é a afirmação de que a intervenção médica sobre o corpo só será efetiva se for realizada simultaneamente com uma intervenção sobre a razão, tomada como uma realidade distinta do corpo, diversa, considerada superior, já que o corpo só estará livre do adoecimento se a ela assujeitar-se. Por isso é que a prescrição médica constitui o primeiro método de intervenção sobre o corpo. É a prescrição da verdade médica que será capaz de salvar o corpo, se seguida, já que por ela o médico vai pronunciar uma verdade que cura. Temos, assim, nas instruções médicas a expectativa de proteção e de cura dos corpos. Esses dois aspectos sinalizam alguns dualismos presentes no platonismo: corpo e razão, corpo e verdade, saúde e doença, doença e ignorância.

### *1.1.2 – A correção do corpo pelo conhecimento médico: a necessidade de persuasão.*

Observe-se que a arte médica de governar os corpos, a arte de protegê-los passa, desse modo, necessariamente pela educação. E porque a educação vai ser considerada como condição para a proteção das doenças? Porque, na medida em que os homens não seguirem os apelos instintivos do corpo; na medida em que fizerem combate aos seus impulsos naturais, a seus afetos, dizendo-lhes *não*; e na medida em que se assujeitem aos conteúdos de verdades médicas (produzidos pelo próprio intelecto médico e, em seguida, impressos na razão dos doentes pelas

atividades de prescrição e ensino médicos), esses corpos, agora disciplinados e controlados, não se entregarão às práticas de desregramentos. Dito de outra maneira, na medida em que as pessoas receberem educação, forem ensinadas, receberem instruções, orientações, esclarecimentos, elas poderão praticar uma *ascese*, tendo em vista uma finalidade, um ideal, que é o do corpo *são*. Em todo o caso, temos, assim, a conjugação entre medicina, pedagogia e *ascese*. Bem, ao menos assim é o que se crê.

A doença surge como o sinal do mau governo do indivíduo sobre seu corpo. Mas surge *também* como a possibilidade de instauração de um processo pedagógico. É *graças ao adoecimento* que se instala um sistema de ensino para o corpo, para o doente e, sem sombra de dúvidas, para o médico.

Este *se ocupar* com a verdade sobre a doença, com a sua cura e seu tratamento, indiscutivelmente, vai dar aos médicos um certo *status*, uma posição, uma classificação dentro da hierarquia do jogo de forças de superioridade sobre alguns indivíduos dentro da sociedade. Trata-se de uma posição de superioridade que permite ao médico *se ocupar*, também, da elaboração de discursos “verdadeiros”. *O profissional da saúde* falará à sociedade, dentro de uma posição de superioridade em um jogo perpétuo com os demais; é a relação de mando e obediência sob a perspectiva do poder-saber.

Temos nas sociedades ocidentais, aqueles artesãos da verdade, cujo exercício – o da produção da verdade – se dá dentro da retórica, e esta, “do ponto de vista da filosofia, não é nada mais do que um instrumento daquele que quer exercer o poder, que não poderá fazer outra coisa a não ser repetir, exatamente, o que a sociedade, ou os que ele governa deseja escutar” (FOUCAULT, 2008c, p. 211; tradução nossa). Assim, a medicina não é caracterizada tão somente por um conhecimento, mas por uma outra arte, uma a arte de persuasão.

Sócrates: Bem, a arte médica, que mencionamos há pouco, torna os indivíduos capazes de compreender e discursar sobre os doentes?

Górgias: Necessariamente.

Sócrates: Essa arte, portanto, aparentemente diz respeito aos discursos também.

Górgias: Sim.

Sócrates: Quer dizer, o discurso sobre doenças, não é mesmo?

Górgias: Exatamente (PLATÃO, 2007, p. 46).

A arte da medicina, na Antiguidade, caracteriza-se tanto pela capacidade de compreender o que seja a doença como a de falar *sobre ela e sobre os que são por ela* acometidos: *os doentes*. Aliás falam não somente aos doentes, mas a toda população. O médico é aquele que pode falar sobre a doença e sobre os doentes, pois os conhece como nenhum outro. A habilidade de discorrer sobre os males que acometem os corpos das pessoas, que os fazem padecer, como devem e podem ser tratados, é própria do médico. Entretanto, Górgias, que tinha um irmão médico, Heródico, comenta com Sócrates que:

Em inúmeras ocasiões acompanhando meu irmão ou outros médicos, visitava algum de seus pacientes que se recusava quer a ingerir um medicamento, quer a submeter-se à cirurgia ou cauterização do médico. Esgotadas as tentativas por parte do médico de convencer o paciente, era eu quem lograva êxito lançando mão de uma única arte entre todas: a retórica. E sustento igualmente que se um orador e um médico adentrassem qualquer cidade que escolhesse e nela fossem obrigados a disputar num discurso perante uma Assembleia ou em alguma outra reunião a designação de médico, o médico se apresentaria de maneira inexpressiva, enquanto o mestre do discurso, se fosse seu desejo, seria o designado (PLATÃO, 2007, p. 56).

Ou seja, o conhecimento sobre a doença, por si só é insuficiente; não basta ser hábil em maneja-la, ser dotado da técnica médica. Diante da recusa de alguém, por exemplo, em submeter-se aos cuidados médicos, o conhecimento do médico não é o bastante para fazer com que alguém se entregue aos seus cuidados, ou que siga suas recomendações. É necessário que o médico tenha uma habilidade que, segundo Górgias, não é própria do médico, e que é fundamental para o êxito no tratamento: a capacidade de persuasão. Dito de outro modo, não basta ao médico possuir todos os conhecimentos necessários sobre as doenças e seus tratamentos, ele deve igualmente ter a habilidade de convencer os doentes, de dobrar as vontades dos doentes ao seu discurso de verdade. E dobrar a vontade do doente ao discurso quer dizer, justamente, fazê-lo incorporar seus comandos, suas recomendações, suas orientações, como se esses fossem dos próprios doentes. Só quando o doente adotar os discursos do médico, como se fossem os de uma “divindade”, já que têm a capacidade de salvá-lo dos perigos que o ameaçam, então será possível afirmar que o médico o persuadiu.

Ora, se os discursos médicos são elaborados a partir do exercício da alma, do intelecto, daquela porção divina, na tentativa de ascender à verdade, então podem ser considerados inquestionáveis tanto os que os elaboram como seus conteúdos.

Quando os médicos, a exemplo dos sofistas, começavam a expor perante o público os seus problemas, sob a forma de “conferências” ou de discursos preparados por escrito, ainda não existia uma ideia clara da medida em que um *idiotes* se devia preocupar com estes assuntos. A atuação dos médicos oradores sofistas ambulantes representava uma tentativa para realçar a importância pública dessa profissão. A energia espiritual dos que a empreenderam não despertou só um interesse passageiro pela sua causa, mas criou como que um novo tipo de *homem culto em Medicina*, isto é, um homem que dedicava um interesse especial, ainda que não profissional, aos problemas dessa ciência, e cujos pareceres em matéria de Medicina se distinguiam da ignorância da grande massa (JAEGER, 2003, p. 1015).

Górgias é bem enfático: o privilégio que o médico tem na cidade não está na dependência direta de seu conhecimento, mas na capacidade em fazer com que as pessoas o obedeçam, pois os benefícios experimentados pela terapêutica só poderão ser experimentados se elas forem primeiramente convencidas disso. O conhecimento, por isso, não pode fazer muita coisa; é necessário que esse seja aceito, internalizado, incorporado pelas pessoas que precisam de seus benefícios.

Ora, a melhor ocasião que o médico tem para apresentar ao público “ignorante” a sua arte é, naturalmente, tratando dos doentes. Todavia, cada médico tem seu modo de fazê-lo. Na Grécia de Platão existem os médicos dos escravos e os médicos dos livres. Se tomarmos o clássico texto, dentro das *Leis*, no livro V, que fala da distinção entre duas medicinas praticadas na Antiguidade – Platão vivera entre os anos 427 e 347 a.C –, vamos encontrar alguns elementos que podem nos auxiliar na compreensão dessas “duas” medicinas. Vejamos o texto.

*O ateniense:* Tal como ocorre com os médicos, um nos trata de uma maneira, outro de outra: eles dispõem de dois métodos diferentes dos quais podemos nos lembrar para que, como crianças que pedem ao médico para que as trate pelo método mais brando, possamos fazer um pedido semelhante ao legislador. E o que queremos dizer com isso? Há homens que são médicos, segundo dizemos, e outros que são assistentes dos médicos, mas chamamos estes últimos também de *médicos*, não é mesmo?  
*Clinias:* Sem dúvida nós o fazemos.

*O ateniense:* Esses, sejam eles livres ou escravos, adquirem sua arte sob a direção de seus mestres por meio da observação e da prática e não pelo estudo da natureza, que é o meio pelo qual os médicos livres eles mesmos

aprendem a arte, sendo também este o meio pelo qual instruem seus próprios discípulos. Dirias que temos aqui duas classes do que é chamado de *médicos*?

*Clinias*: Certamente.

*O ateniense*: Estás também ciente de que como as pessoas enfermas nas cidades são constituídas tanto por escravos quanto por cidadãos livres, os escravos são geralmente tratados pelos escravos, em suas rondas pela cidade ou aguardando nos dispensários; e nenhum desses médicos dá ou recebe quaisquer explicações sobre as várias doenças dos diversos servos que tratam, limitando-se a prescrever para cada um deles o que julga certo com base na experiência, como se detivesse conhecimento exato, e com a auto-suficiência de um monarca despótico; em seguida passa de um átimo muito rapidamente para um outro servo enfermo, poupando assim seu mestre do atendimento dos doentes. Mas o médico nascido livre se ocupa principalmente em visitar e tratar das enfermidades das pessoas livres e o faz investigando-as desde o começo e conforme o curso natural, conversa com o próprio paciente e com seus amigos, podendo assim tanto obter conhecimento a partir daquele que padece da doença [e seus amigos] como transmitir a estes as devidas impressões na medida do possível. Ademais, ele não prescreve nada ao paciente enquanto não conquistar o consentimento do paciente por meio da persuasão, realmente tentar completar a tarefa de devolver-lhe a saúde. Qual dessas duas formas da medicina revela o melhor médico, e em matéria de treinamento, o melhor treinador? Deverá o médico executar uma única função idêntica de duas maneiras ou de uma maneira apenas, e neste caso a pior maneira das duas e a menos humana? (PLATÃO, 1999, p. 194-195).

A medicina dos escravos é uma medicina que se contenta em administrar o tratamento, mesmo intervindo com a habilidade do médico, nela não há diálogo algum, nada de explicações. A medicina dos livres, exercida por médicos livres e para os livres, é caracterizada pelo fato de que médicos e doentes falam entre si. O doente escuta do médico o que deve fazer para vencer a doença, que práticas deve exercer para recuperar a saúde. Além do mais, o doente também ensina ao médico, o informa, dá-se a conhecer; repassa seus sentimentos, suas sensações, fala-lhe de suas desconfianças sobre o que causara sua doença, o doente fala sobre o que fez para vencer a doença, o que usou. Há uma troca de saberes entre ambos. O médico livre, em contrapartida explica-lhe as razões pelas quais adoeceu, pelas quais não conseguiu vencer a doença, e lhe ensina o que fazer para gerenciar sua doença, como cuidar de si, de seu corpo. A boa medicina, no diálogo anterior, é uma medicina do diálogo e da persuasão.

A diferença existente entre os médicos dos escravos e o médico, formado cientificamente, que curava os homens livres revela-se, segundo a divertida

exposição que Platão faz nas *Leis*, na maneira como cada um dos médicos procede para com os seus doentes. Os médicos dos escravos correm de um paciente para outro e dão as suas instruções sem falar, isto é, sem se demorarem a fundamentar os seus atos, com base na simples rotina e na experiência. Esse médico é um tirano brutal [...] Platão, por seu lado, vê nesta *paideia* médica, baseada num esclarecimento a fundo do doente, o ideal da terapêutica científica. É uma concepção que ele tomou da Medicina do seu tempo (JAEGER, 2003, p. 1015).

Médicos e doentes em uma relação, diante um do outro, falando entre si, repassando seus saberes, estabelecendo “acordos”, “promessas”, comprometendo-se em torno de um objetivo: o restabelecimento da saúde do corpo que adoeceu.

Mas, o ato da fala exige um outro ato: o da escuta atenta, o da memorização, o do registro. Aquele que vai falar, que vai se dirigir ao doente necessita antes de tudo dominar bem um determinado saber, que é específico, que é o saber sobre a doença, sobre o corpo, sobre seu tratamento, mas necessita também ter habilidade em transmiti-lo, em fazê-lo compreensível, em torná-lo aceitável, desejável e praticável pelo doente. O que escuta, para que a cura possa ocorrer, sofrerá os efeitos da prática de persuasão, de convencimento e de sedução da verdade anunciada. À medida que ceder, que se convencer, que acolher o que lhe for falado, que pôr em prática o que for ensinado e prescrito, médico e paciente assistirão triunfante o conhecimento médico-científico. Assim, conhecimento e persuasão operam conjuntamente para que a verdade exerça seus efeitos de cura.

Ora, se a verdade é quem cura, então a primeira ocupação do médico é a de encontra-la, e, uma vez feito isso, ele pode aplicá-la para que essa efetue sua função reparadora do corpo que adoece. Assim, a verdade é apresentada como um *ideal* a ser atingido, a ser alcançado, descoberto. Mas o efeito curador da doença só é possível na condição da obediência; sem a obediência não é possível verificar-se o efeito “salvador” da verdade. Mando e obediência constituem uma relação na qual saúde e doença se entrecruzam, de modo que a busca da verdade tem sua motivação primeira na sua imposição. Busca-se a verdade, elabora-se a verdade, pois, por ela, tem-se a possibilidade de se triunfar sobre malefícios.

### 1.1.3 – As sensações como empecilhos à verdade.

... o prazer ligado aos sentidos não pode ser senão radicalmente desvalorizador, em certo sentido, visto até como antítese do bem, na medida em que sujeita a alma ao sensível e a prende a ele. Em suma, o desprezo dualista do corpo traz consigo, como consequência, o desprezo de todos os prazeres e de todas as satisfações do corpo (REALE, 2007, p. 209).

Mas ao alcance da verdade, apresentada como *ideal a ser atingido*, como um *tesouro* a ser encontrado, Platão colocará o corpo como o obstáculo. Tanto nos diálogos *Górgias* e o *Fédon*, e em algumas partes da *República*, onde o filósofo grego faz a clara distinção metafísica corpo-alma, o corpo é apresentado como cárcere da alma. Num trecho de *Fédon*, de modo brilhante, Platão expõe essa concepção.

... a alma do verdadeiro filósofo persuade-se de que não se deve opor, e por isso se afasta tanto quanto possível dos prazeres, assim como dos desejos, dos incômodos e dos terrores. Ela sabe com efeito que, quando sentimos com intensidade um prazer, um incômodo, um terror ou um desejo, por maior que seja o mal que possamos sofrer nesse momento, entre todos os que se podem imaginar – cair doente, por exemplo, ou arruinar-se por causa de suas paixões – ela sabe que não há nenhum desses males que não seja ultrapassado por aquele que é o mal supremo; é deste mal que sofremos, e não o notamos!

– E que mal é esse, Sócrates?

– É que em toda alma humana, forçosamente, a intensidade do prazer ou do sofrimento, a propósito disto ou daquilo, se faz acompanhar da crença de que o objeto dessa emoção é tudo o que há de mais real e verdadeiro, embora tal aconteça. Esse é o efeito de todas as coisas visíveis, não é?

– Efetivamente.

– E não é em tais afetos que no mais alto grau a alma fica sujeita às cadeias do corpo?

– De que modo, dize?

– Assim: todo prazer e todo sofrimento possuem uma espécie de cravo com o qual pregam a alma ao corpo, fazendo, assim, com que ela se torne material e passe a julgar da verdade das coisas conforme as indicações do corpo. E pelo fato de se conformar a alma ao corpo em seus juízos e comprazer-se nos mesmos objetos, necessariamente deve produzir-se em ambos, segundo penso, uma conformidade de tendências assim como também uma conformidade de hábitos; e sua condição é tal que, em consequência, ela jamais atinge o Hades em estado de pureza, mas sempre contaminada pelo corpo de que sai; o resultado é que logo recai num outro corpo, onde de certa forma se planta e deita raízes. E por força disso fica desprovida de todo direito a participar da existência do que é divino e, portanto, puro e único em sua forma.

– Tuas palavras, Sócrates – disse Cebes – são a própria verdade! (PLATÃO, 1991, p. 88-89).

Observe-se que os prazeres são apresentados como pregos que fixam a alma ao corpo, de modo que ela não poderá avaliar adequadamente as coisas, pois o que o corpo pode comunicar (suas indicações) não é confiável. O corpo é apresentado como uma espécie de entrave, de obstáculo para a investigação filosófica; como uma espécie de lugar de onde a alma deve evadir-se, se quiser alcançar a verdade. Os prazeres, conformando a alma ao corpo, iludem-na, enganam-na, fazem com que ela ingresse numa zona de erros, despojando-a do que lhe é mais importante: sua capacidade de participar do divino.

Essa concepção dualista da *natureza humana* é suficiente para mobilizar uma relação de combate do indivíduo consigo mesmo; é a semeadura de um rancor contra si, do desprezo contra o próprio corpo, na expectativa de se alcançar a Deus. Se, à verdade, é atribuído o valor de algo que merece esforços, uma das fadigas que terá o que a busca é a de mortificar o corpo, que obstaculariza o acesso ao que salva, que protege e que cura. Entretanto, mesmo em discretamente encontramos no *Fédon* a figura do corpo como alimento da atividade do filósofo.

Se há no diálogo – como realmente existe – uma preponderância de passagens que se referem ao corpo enquanto obstáculo, isso se deve ao caráter exortativo do diálogo de Sócrates, que, próximo ao momento de sua morte, parece querer compartilhar com seus discípulos as dificuldades de enfrentar as afecções oriundas do corpo (ARAÚJO JR., 2009, p. 101).

Sócrates está a dizer que durante o tempo em que vivemos, estando a alma unida ao corpo, e sendo o corpo fonte de sensações e afecções, a alma tem uma árdua tarefa: afastar-se dele para poder, de modo introspectivo, pensar. Ou seja, o corpo é obstáculo ao pensamento.

- Crês que seja próprio de um filósofo dedicar-se avidamente aos pretensos prazeres tais como o de comer e de beber?
- Tão pouco quanto possível, Sócrates! – respondeu Símas.
- E os prazeres do amor?
- Também não! [...]
- É, pois para começarmos a nossa conversa, em circunstâncias desta

espécie, que se revela o filósofo, quando, *ao contrário de todos os outros homens, afasta tanto quanto pode a alma do contato com o corpo?*

– Evidentemente [...]

– *E agora, diga-me: quando se trata de adquirir verdadeiramente a sabedoria, é ou não o corpo um entrave se na investigação lhe pedimos auxílio?* Quero dizer com isso, mais ou menos, o seguinte: acaso alguma verdade é transmitida aos homens por intermédio da vista ou do ouvido, ou quem sabe se, pelo menos em relação a estas coisas não se passem como os poetas não se cansam de no-lo repetir incessantemente, e que não vemos nem ouvimos com clareza? E se dentre as sensações corporais estas não possuem exatidão e são incertas, segue-se que não podemos esperar coisa melhor das outras que, segundo penso, são inferiores àquelas. Não é também este o teu modo de ver?

– É exatamente esse.

– Quando é, pois, que a alma atinge a verdade? *Temos dum lado que, quando ela deseja investigar com a ajuda do corpo qualquer questão que seja, o corpo, é claro, a engana radicalmente.*

– Dizes uma verdade (PLATÃO, 1991, p. 65-66; itálicos meus).

Segundo Platão, não dá para confiar no corpo. Sendo fonte de sensações que nada possuem de verdade ou exatidão, o corpo é capaz de alienar a alma. A tarefa do filósofo, digamos, sua ascese, consiste em acalmar esse corpo; em seguida, vem separar-se dele até onde for possível; para depois, realizar a tarefa do pensamento. Pensamento e corpo em oposição. O pensamento só é possível se o corpo for domesticado, se sofrer domínio.

Sócrates não teme a morte porque entendeu que o corpo tem valor insignificante, que se livrar dele é condição necessária para o acesso à verdade. Difere dos outros homens, que, apegados ao corpo, amigos exagerados da carne, temem, tremem e se enchem de revolta diante da morte.

Mas o corpo não é exclusivamente um empecilho para o pensamento, ele pode se constituir como suporte para os raciocínios da alma. A evidência dessa afirmação pode ser verificada quando Sócrates aborda o tema da rememoração, no qual as sensações são importantíssimas.

Portanto, é necessário que tenhamos anteriormente conhecido o Igual, mesmo antes do tempo em que pela primeira vez a visão de coisas iguais nos deu o pensamento de que elas aspiram a ser tal qual o Igual sem si, embora lhe sejam inferiores? [...] Mas também estamos de acordo sobre o seguinte: *uma tal reflexão e a possibilidade mesma de fazê-la provêm unicamente do ato de ver, de tocar, ou de qualquer outra sensação*; pois o mesmo podemos dizer a respeito de todas (PLATÃO, 1991, p. 78; itálicos meus).

A alma, assim, pode dar significados para o corpo enquanto esse é fonte de sensações, agarrando-se a ele ou mantendo em relação a dele distancia devida, separando-se dele e fazendo dele seu aliado na busca da verdade. Há, assim, segundo Sócrates, dois modos da alma se relacionar com o corpo. Ela pode servir-se dele como critério de verdade, e fazendo isso, ela se engana nos devaneios do próprio corpo; ou, pode, ao contrário, depois de silenciar o corpo, manter-se introvertida e entregar-se ao pensamento. Esse silenciar o corpo é uma ação da alma sobre o corpo.

Sócrates admite que o corpo não se coloca absolutamente numa relação de oposição à alma, é ele, também, um meio pelo qual a alma pode fazer aquilo que faz. O corpo pode constituir-se como possibilidade para o pensamento, enquanto ação humana, ou seja, enquanto ação de um corpo animado.

– Ademais – volveu Sócrates – afirmarás que o governo de todas as coisas que se encontram no homem cabe algo que não seja a alma e ao inteligência?

– Eu não!

– Crês que é a alma que cede às paixões do corpo ou que ela as contraria? Por exemplo: temos febre, temos sede, e a alma nos diz: “tu não beberás”, temos fome, e a alma nos diz: “tu não comerás!”, e em mil outros casos observamos que a alma resiste às inclinações do corpo, não é verdade?

– Absolutamente certo.

– E não havíamos, acaso, concordado antes em que a alma, sendo harmonia, jamais poderia ressoar em desacordo com as tensões, relaxamentos, movimentos e quaisquer outras modificações dos elementos de que é constituída, mas que, pelo contrário, deveria segui-los e nunca dirigi-los?

– Realmente, concordamos nisso – confirmou Símmias – e nem poderia ser de outra forma.

– E agora? A alma não nos parece fazer exatamente o contrário disso? Porventura não dirige ela tudo aquilo de que, segundo se pretende, é constituída? Não é ela que resiste e governa, como um senhor, todas as modalidades da vida, às vezes rigorosamente e com dores, como na ginástica e na medicina, e às vezes com menos rudeza, como uma pessoa que conversa com outra, ameaçando-a e advertindo-a contra cobiças, cóleras ou temores? É mais ou menos assim, como efeito, que Homero apresenta Ulisses na Odisséia: “Batendo no peito, apostrofou rudemente seu coração: Suporta, coração! Infelicidades, já as suportaste bem piores!”

– Crês que ele teria dito isso se houvesse considerado a alma como simples harmonia, inteiramente sujeita às inclinações do corpo, e não como algo que rege e governa o corpo, em suma como uma coisa por demais divina para se comparar à harmonia?

– Por Zeus! É isso que justamente o que penso, Sócrates? (Platão, 1991, p. 100-101).

O que o corpo faz está na dependência do modo como a alma se relaciona com ele, é ela que interpreta o corpo fornecendo-lhe significados. Daí que é pelo pensamento que o corpo-obstáculo se transforma em corpo-possibilidade. Observe-se que não é possível, na perspectiva platônica, responsabilizar inteiramente o corpo pelas ações humanas, pois o corpo não age por si só. Ele está na dependência da alma, está sob sua gerência, seu governo. Daí que será necessário investir sobre a alma, fornecer-lhe boa educação para que governe bem o corpo, o domestique, seja seu *guia*.

O corpo é objeto de governo da alma, com ela deve colaborar para que o melhor (o racional) prevaleça. E será por meio da boa educação que se terá um futuro adulto virtuoso. A alma precisa, assim, está saudável, ou seja, não estar em *desrazão* (ignorância ou loucura). Em Platão:

O corpo pode ser afetado de dois modos: externamente, pela realidade física que o circunda ou por outros membros que o constituem, ou internamente, pela alma. Os agentes externos são dotados da capacidade de afetar o corpo e, conforme o tipo de ação que exercem, aparecem diferentes formas de afecções que se encontram associadas aos diferentes processos mecânicos e fisiológicos envolvidos (MORAIS, 2009, p. 125).

Se for assim mesmo, então filosofar pode ser considerada como uma atividade enraizada no corpo. Temos uma mudança radical da primeira concepção do corpo-obstáculo para o corpo como possibilidade de pensar. O corpo não é, em si mesmo, nem bom nem mau; é a alma que, ao se relacionar com ele que, lhe atribui o papel de obstáculo ou de possibilidade. Por isso é necessário intervir prioritariamente sobre a alma, para que o corpo não se prejudique.

#### *1.1.4 – Do corpo-obstáculo ao corpo-possibilidade: a ascese platônica*

Sócrates durante a sua conversação do Fédon, realizou uma tarefa do pensamento, e é isso que pode fazer a filosofia, transformando o corpo que poderia ser um obstáculo à morte digna em um corpo possibilidade dessa mesma morte. Talvez aqui encontremos também um sentido para as últimas palavras de Sócrates: “Críton, nós devemos um galo a Asclépio. Pague

essa dívida, não seja negligente”. Sócrates teria êxito, em companhia de seus discípulos, em transformar o mau hábito – Asclépio é uma divindade ligada às transformações e à cura – de sofrer diante das sensações que julgamos dolorosas, fazendo delas uma oportunidade de exercitar, pela primeira vez, o pensamento. Como disse Sócrates no início de sua investigação, para nós mortais que devemos fazer tal viagem convém “uma investigação aprofundada e narrar histórias” [...], porque “que outra coisa se poderia fazer nesse tempo que resta até o pôr do sol?” (ARAÚJO JR., 2009, p. 105).

O esforço do filósofo é realizar a tarefa do pensamento a partir das sensações de modo que a alma adquira a serenidade suficiente para, diante daquilo que parece doloroso, manter-se vigilante e atenta. Os homens categorizam as sensações em agradáveis e penosas, apegando-se às que causam bem-estar e distanciando-se das que causam sofrimento. A ascese platônica consiste em distanciar-se das sensações e entregar-se ao pensamento, uma tarefa que lhe parece mais nobre, verdadeiramente prazerosa.

Ora, uma genealogia do corpo, se é possível falarmos desse modo, sem dúvidas, creio eu, demonstraria que as incansáveis empreitadas realizadas na tentativa de dominar a doença, de vencê-la e subjugar-la fundamentam-se sobre o “considerar” o corpo como a sua raiz, ou o lugar de onde a doença “nasce”. Assim, o corpo é concebido pela maioria dos homens como elemento naturalmente vulnerável, “defeituoso”, “destinado” a adoecer, como a “fonte” de um *mal*.

Dentre as afirmações encontradas no *Fédon*, temos aquela de que não convém, àquele que almeja o conhecimento, dedicar-se à busca de prazeres corpóreos, tais como os que são obtidos com a saciedade da fome ou da sede, os prazeres sexuais e o conforto. Alcançar o conhecimento é possível, mas esse alcance somente se dará se aquele que o busca dedicar-se a experimentar apenas uma categoria de prazer. Nessa categoria de prazer não estão presentes os prazeres obtidos pelo sabor das refeições, das comidas, das bebidas, do amor, nem dos cuidados com o corpo. Os que amam a verdade devem almejar prazeres relacionado à alma, e esses só são de possível experimentação se tomada uma distância daquele que os deseja em relação ao corpo, já que o corpo afeta a alma de modo negativo. Sendo o corpo o instrumento dos prazeres, ele se constitui no maior obstáculo para aquisição do conhecimento objetivado pela alma. Assim, os sentidos e as sensações corporais dificultam a tarefa sublime da alma em alcançar a

verdade; o corpo só a engana. Daí, dele distanciar-se o máximo, fazer-lhe guerra. A ocupação primeira dos que desejam o conhecimento é com a alma, e não com o corpo. Da alma, aproximar-se, ocupar-se. Do corpo, tomar distância.

Obviamente, como não será possível desfazer-se dele, do corpo, como uma vestimenta, será necessário estabelecer estratégias de tornar o corpo menos presente. Dentre essas estratégias, está a não satisfação dos apelos por prazer que o corpo manifesta. Pois os prazeres são considerados como os combustíveis do corpo, origem de suas motivações “ilícitas”. Ou seja, o corpo extrai sua força das práticas de obtenção de prazer. Daí que negá-lo é enfraquecê-lo, e será não respondendo a esses apelos que o corpo, aos poucos, imporá menos resistências, exercerá menos influência, menor domínio, menor possibilidade de condução da vida, menor interferência sobre a alma, e, assim, libertando-a para o pensamento.

Como os fenômenos corpóreos constituem-se desafios para o filósofo, e esses desafios são persistentes, não se extinguindo a não ser com o enfraquecimento do corpo, isto é, com a redução de sua força, este passou a ser visto como origem do mal-estar. Além do mais, no diálogo entre Sócrates e Sírmias, os prazeres estão postos numa relação de conflito, de combate. Existem os prazeres que combatem contra a alma e os que lhe são favoráveis. Os que lhe são obstáculos são os alcançados *pelo* e *no* corpo, e sendo a verdade a condição fundamental para o convívio com a divindade, e sendo o corpo o obstáculo para a sua obtenção, não resta ao homem que busca a verdade outra escolha: a não ser fazer-lhe combate, subjugar-lo, retirar dele sua virulência, sua força, de tal modo que os prazeres advindos dessa morada da alma não sejam experimentáveis. O corpo é no platonismo, o primeiro elemento que o homem deve aprender a conduzir, a domesticar e, porque não dizer, *governar*.

O governo do corpo é, na realidade, o governo de seus instintos, de seus apelos, de suas necessidades de prazer. Trata-se de uma tarefa de intervenção, e essa intervenção será mais eficiente na medida em que o indivíduo for capaz de conhecer seus apelos, suas necessidades. O estabelecimento de uma hermenêutica do sujeito<sup>16</sup>. O indivíduo terá que conhecer seus apelos, perscrutar seus instintos,

---

<sup>16</sup> Foucault em 1982 proferiu um curso no *Collège de France* intitulado a *Hermenêutica do Sujeito*, no qual Foucault expôs suas investigações sobre as práticas do cuidado de si. Trata-se de um curso onde Foucault abandona as genealogias dos sistemas e problematiza o sujeito. No platonismo o acesso a uma verdade depende do efeito de um trabalho interior de ordem ética (ascese, purificação), ou seja, depende de um movimento de conversão. O cuidado, para os antigos, está ordenado a um ideal, que é o de estabelecer uma coerência entre ações e pensamentos, isto é, disciplinar o corpo

demorar-se com eles, mas não só isso. Será preciso, sobretudo, *encontrar* o ponto de equilíbrio, o nível e o grau de satisfação que deverá manter, sob perigo de que o corpo não sofra pelo excesso ou pela falta. O corpo vai se constituir como fonte de conhecimento, deixando-se conhecer. O corpo aparece como fonte de um saber. Trata-se da revelação de uma “verdade” que pertence somente ao corpo, e será imprescindível conhecê-la para governá-lo bem. Em Platão o homem tem a tarefa de sonda-lo na busca de maiores conhecimentos. Conhecimentos que se convertem em teorias e discursos de verdade, capazes de exercer efeitos de condução sobre o corpo, a partir do qual tais teorias e discursos foram elaborados.

Todavia, essa ‘verdade’ que tem origem no corpo não é a mesma daquela que é objeto de desejo da alma. A verdade que *deve ser* prioridade para o filósofo tem sua origem junto à divindade, ela é de outro mundo. A primeira verdade, ao contrário, é desse mundo, e sua utilidade é a de governar o corpo nesse mundo, ela é útil ao conduzir o homem à experimentação da *verdade que dá prazer à alma*. Estamos diante de uma hierarquia de discursos: um discurso elaborado a partir de um determinado olhar sobre o corpo e que se transforma, a partir da ação da clínica, num segundo tipo de discurso, que é apresentado ao homem como ferramenta de subjugação do corpo.

Michel Foucault, em *O Nascimento da clínica*, dirá que, por oposição ao saber “filosófico”, a doença se dá por uma experiência “histórica”; o histórico, dirá ele:

Reúne tudo o que, de fato ou de direito cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar. Uma causa que se vê, um sintoma que, pouco a pouco, se descobre, um princípio legível em sua raiz não são da ordem do saber “filosófico”, mas de um saber “muito simples”, que “deve preceder todos os outros” e que situa a forma originária da experiência médica (FOUCAULT, 2004b, p. 4).

Esse olhar do médico dirige-se ao que é visível na doença a partir do doente que a apresenta. “E esse olhar, progredindo, recua, visto que só atinge a verdade da doença, deixando-a vencê-lo, esquivando-se e permitindo ao próprio mal realizar,

---

aos comandos da razão. Isso seria o agir corretamente. Nas investigações que Foucault realizou ele vai encontrar que na modernidade, diferentemente da Antiguidade, o sujeito da ação reta foi substituído pelo sujeito do conhecimento verdadeiro. Na modernidade a constituição de si é resultado de uma tentativa indefinida de conhecer a si mesmo. Bem sobre isso me deterei mais nas considerações finais do trabalho.

em seus fenômenos, sua natureza” (FOUCAULT, 2004b, p. 9). O corpo não é somente o lugar onde se dá uma revelação; ele próprio se revela na doença, em suas *verdades*, sob um certo olhar. Corpo e doença se comunicando.

Mas a comunicação entre corpo e doença, seja ao doente, seja ao médico, só é perceptível por um olhar qualitativo. É esse olhar qualitativo do médico que classifica a doença, que subtrai igualmente o doente com suas singularidades. Trata-se de um olhar que espreita, que penetra, que classifica e avalia. Esse olhar é lançado ao doente, que sob à luz da lupa médica, é tão somente a doença que adquire traços singulares, um conjunto de qualidades que se mostram e que variam.

Os discursos de verdade-médica sobre a doença são suficientes para estabelecer a maneira como um determinado grupo, para se preservar e se proteger, estabelece os modos de assistência e de intervenção sobre a doença, ou abandona-se à ela. Basta tomarmos como exemplo a questão da hospitalização da doença. Para Foucault, o hospital é “criador de doença, pelo domínio fechado e pestilento que representa. Essa separação, destinada a proteger, comunica a doença e a multiplica infinitivamente” (FOUCAULT, 2004b, p. 19). Ou seja, aquele olhar qualitativo, ao percorrer a diversificação da doença e a combinação de seus movimentos e formas, busca incessante de totalidade e unidade por meio do registro da série infinita e variável dos fenômenos. Esse registro da clínica é fundamental para o nascimento de uma consciência coletiva sobre a doença, uma consciência que nasce a partir do cruzamento das informações, e que cresce “em uma ramagem complexa e sempre abundante, ampliada finalmente até as dimensões de uma história, de uma geografia, de um Estado” (FOUCAULT, 2004b, p. 31).

O ato fundamental do conhecimento médico, ao classificar o indivíduo em *doente* ou *sadio*, é situar sintomas em doenças que necessariamente não se dá mediante um encontro entre médico e o indivíduo doente, entre o saber especializado e a percepção, mas se dá por meio do cruzamento de informações provenientes do registro presentes nos prontuários; informações *a priori* estranhas umas às outras, mas que interligadas farão surgir determinadas figuras. Esse movimento de sistematização de achados é suficiente para desdobrar a ‘consciência’ médica e para fabricar subjetividades doentias. Esse olhar médico não somente circula no interior do espaço hospitalar, como se distribuirá para o espaço social, de modo que o médico generaliza sua presença, exercendo assim uma vigilância constante,

móvel e diversificada. Temos, dessa maneira, a medicalização da consciência de cada indivíduo.

Será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante uma atividade de ensino, pois a melhor maneira de evitar que a doença se propague ainda é difundir a medicina. O lugar em que se forma o saber não é mais o jardim patológico em que Deus distribuiu as espécies; é uma consciência médica generalizada, difusa no espaço e no tempo, aberta e móvel, ligada a cada existência individual, mas também à vida coletiva da nação, sempre atenta ao domínio indefinido em que, o mal trai, sob seus aspectos diversos, sua grande forma (FOUCAULT, 2004b, p. 33-34).

Retornando ao diálogo platônico, percebe-se que há uma verdade que é objeto de prazer para a alma, o *melhor prazer*, distinta *daquela* verdade que será necessário buscar, encontrar, extraindo-a do próprio corpo a fim de conduzi-lo, de governá-lo. Uma verdade que exige um *outro olhar*. Um olhar distinto, porque para conhecer a *melhor* verdade será necessário distanciar-se do corpo, afastar-se dele e *olhar para outro lugar*; enquanto que a segunda verdade só pode ser obtida voltando-se para o corpo, ocupando-se dele, examinando-o, olhando-o com qualidade. O que acontece é que a segunda verdade pode possibilitar, àquele que a obtém, o domínio sobre o corpo, sua subjugação, de tal modo que esse não se constitua mais em um obstáculo para que a alma se dedique a encontrar a verdade que dá o *melhor* prazer.

Ora, Foucault, em suas pesquisas arqueogenealógicas, demonstrou o surgimento – por conta justamente desse olhar qualitativo, por conta da busca de uma ‘verdade’ que surge *no* corpo e *com* ele – de dois grandes mitos:

o mito de uma profissão médica nacionalidade, organizada à maneira do clero e investida, no nível de saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem (FOUCAULT, 2004b, p. 34).

Esses mitos são, na perspectiva de Foucault, isomorfos, expressam o

mesmo projeto da experiência médica, já que a medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma “conversão quase religiosa” e pela implantação de um clero da terapêutica, vai encontrar seu eco em uma sociedade que não cessa de relatar esta mesma medicalização, seu triunfo sobre a doença, em um meio corrigido e incessantemente vigiado.

“Os médicos não são os padres do corpo?” – perguntará Foucault. Pois a verdade-médica, o objeto de desejo da alma, alojada em um corpo defeituoso por natureza, é posto num confronto com os objetos de desejo do corpo, cuja satisfação leva-o ao adoecimento. *A priori*, o corpo não deseja a verdade; aliás, nunca a desejou, porque ela não lhe proporciona prazer algum. O corpo não está dotado de uma “estrutura” que lhe possibilite “absorvê-la”, “digeri-la”, “metabolizá-la”, torná-la útil para si mesmo. A fisiologia do corpo não se desenvolveu para empregar a “verdade” em seu crescimento e preservação. Ela, sendo-lhe estranha, não há porque dela se aproximar. Ela, *a verdade*, não lhe faz sentido.

A verdade é objeto da vontade de governar, de corrigir, de impor, de conduzir. E essa vontade de governar, que Nietzsche denominou de vontade de poder, encontrou na própria verdade infinitas possibilidades de diversificá-la, tanto por meio de uma gramática, como pelo confronto com a experiência de finitude.

No platonismo, o homem é convocado a se empenhar para que a verdade exerça mando sobre o corpo. Assim será possível domá-lo, conduzi-lo, discipliná-lo. É objetivando o *melhor* prazer, o ‘verdadeiro’ bem-estar, que a verdade é valorizada. O corpo, no platonismo, aparece em função da alma, a seu serviço; nele o homem, de modo perpétuo, busca desenvolver meios de fazer da verdade uma espécie de prótese, um tipo de órgão vital cuja função é dirigir e o corpo, freá-lo, de modo tal que a alma tenha a possibilidade de dedicar-se ao seu precioso objeto.

Por outro lado, diferentemente da verdade, os alimentos, o sexo, a moradia, as vestimentas, os calçados, por exemplo, são reconhecidos pelo corpo como passíveis de internalização e de aproveitamento. O corpo reconhece que esses elementos lhe são úteis, que lhe proporcionam bem-estar, conforto, alívio, descanso e prazer. Por isso, a eles se dedica, busca adquiri-los, preservá-los. Foi a partir das experimentações com esses elementos que lhe foi possível tanto seu desenvolvimento como seu crescimento, delas obtendo sensações como o calor, o frio, a dor, o prazer, a saciedade, por exemplo. Entretanto, essas sensações,

inclusive o bem-estar, ou o prazer que se experimenta junto àqueles elementos ou às práticas de nutrição e as sexuais, para Sócrates, não garantem a felicidade do homem. O objeto de desejo que é garantia da “verdadeira” felicidade é a verdade, que não pode ser “apreendida”, a não ser pela alma. Além do mais, como o corpo não conhece a verdade, não possui direção alguma, de modo que não pode nem sequer mover-se na direção correta para usufruir daquilo que lhe dá bem-estar. Por isso ele padece de dor e sofrimento, por conta da ausência da verdade.

O alívio das misérias físicas, promovido pelo exercício público, desinteressado, do médico, do ‘verdadeiro médico’, como disse Sócrates, é o reencontro da antiga vocação espiritual da Igreja, do exercício dos que velam pela saúde das almas. Daí a expressão de Foucault: “Não são os médicos os padres do corpo?”. O exercício médico que se ocupa com os corpos corresponde ao exercício dos padres. Assim, temos para o corpo o estabelecimento de um regime, de uma dietética, de disciplinas que tem por objetivo privá-lo de tudo o que possa ser *responsável* pela doença, pelo desequilíbrio, pela danação.

Platão admite a presença, *no corpo*, de elementos que fazem obstáculo ao filósofo na sua busca da verdade; todavia, para ele essa tensão é *negativa* para o homem. Essa tensão é angustiadora, e há, em Platão, o desejo de livrar-se dela, como se fosse algo que prejudicasse a vida humana. A *ascese* aparece aqui como a possibilidade da alma não ser “influenciada” pelo corpo, de não sofrer suas interferências; diríamos que a *ascese* fortalecerá a alma na sua atividade de alcance do conhecimento.

No platonismo, para o alcance do conhecimento, haverá um conjunto de prazeres que aquele que aspira a verdade não deverá procurar. Essa renúncia faz parte da *ascese platônica*, e aqui podemos afirmar, numa perspectiva nietzschiana, que a verdade e o conhecimento são postos como *ideais*, como o *para quê* dessa *ascese*. É tendo em vista o de fora que essa *ascese* é exercitada.

A verdade aparece como sendo a garantia de uma vida feliz, de uma vida sem sofrimentos, sem tormentos. Só que, enquanto a alma estiver presa ao corpo, será impossível para o homem tomar posse desse objeto. Assim separando o homem da felicidade, o corpo aparece como um *diabolos*, já que se coloca no meio, *entre* o homem e a verdade. Há, desse modo, em Platão, a clara afirmação de que o corpo é algo ruim, algo mal.

Vejamos outro trecho:

E é este então o pensamento que nos guia: durante todo o tempo em que tivermos o corpo, e nossa alma estiver misturada com essa coisa má, jamais possuiremos completamente o objeto de nossos desejos! Ora, este objeto, é como dizíamos, a verdade. Não somente mil e uma confusões nos são efetivamente suscitadas pelo corpo quando clamam as necessidades da vida, mas ainda somos acometidos pelas doenças – e eis-nos às voltas com novos entraves em nossa caça ao verdadeiro real! O corpo de tal modo nos inunda de amores, paixões, temores, imaginações de toda sorte, enfim, uma infinidade de bagatelas, que por seu intermédio (sim, verdadeiramente é o que se diz) não recebemos na verdade nenhum pensamento sensato; não, nem uma vez sequer! Vede, pelo contrário, o que ele nos dá: nada como o corpo e suas concupiscências para provocar o aparecimento de guerras, dissensões, batalhas; com efeito, na posse de bens é que reside a origem de todas as guerras, e, se somos irresistivelmente impelidos a amontoar bens, fazemo-lo por causa do corpo, de quem somos míseros escravos! Por culpa sua ainda, e por causa de tudo isso, temos preguiça de filosofar (PLATÃO, 1991, p. 67-68).

Platão declara, assim, uma guerra contra o corpo. Para aqueles que aspiram a verdade, ele apresenta o corpo como um elemento a que se deve fazer guerra. O corpo é apontado como a fonte da maioria dos males que sofremos em nossa existência, de todas as nocividades presentes no mundo. Se adoecermos é por sua *causa*; se sentimos fome e sede, se somos inundados de amores e de desejos e se experimentamos medos, tudo isso tem nele a sua origem. O que está posto é a associação entre esses fenômenos e o corpo, e tais fenômenos são considerados danosos para o homem e, a ele foi atribuída essa responsabilidade, uma espécie de culpa. O corpo é o culpado pela infelicidade do homem.

Com as afirmações de Platão, como não odiar essa ‘coisa má’? A verdade, que tem a função de conduzir a alma à divindade, encontra no corpo seu adversário, já que esse a fixa na ignorância. Como se os afetos nos impossibilitassem qualquer saber, qualquer aprendizagem. Assim, sob essa perspectiva, ao olharmos para os combates travados na história entre a “verdade” e o corpo, é possível evidenciarmos todo o rancor destilado e investido por parte dos que cultivam a verdade, contra o que lhe resiste. Foi contra o corpo que foi declarada a primeira guerra. E *para* e *sobre* o mesmo foi desenvolvida uma série de tecnologias, com a finalidade de conhecê-lo e dominá-lo. Diante das justificativas apresentadas por Platão para guerreá-lo, é quase impossível não querer destruí-lo, subjugá-lo, domesticá-lo e, se

possível, transformá-lo em algo expurgado de toda a sensibilidade para se tornar devoto absoluto da verdade.

Considerando estas crenças, deve permanecer confiante sobre o destino de sua alma o homem que durante sua vida desprezou os prazeres do corpo e os ornamentos deste, principalmente, pois são, a seu ver, coisas estranhas e nocivas. O homem que ao contrário, se dedicou aos prazeres que têm a instrução por objeto, e que dessa forma ornou sua alma, não com adornos estranhos e nocivos, mas com o que é propriamente seu e mais lhe convém, com a temperança, a justiça, a coragem, a liberdade, a verdade – esse aguarda confiante e corajoso o momento de por-se a caminho do Hades, quando seu destino o chamar! (PLATÃO, 1991, p. 122-123).

Não faltam exemplos, na história, de pessoas que compreenderam “muito bem” a concepção platônica de ascese; melhor dizendo, temos exemplos de quem adotou um regime *ascético* de combate contra o corpo, considerado mal, na expectativa de um além, “melhor”, “mais feliz”. Bastaríamos pegar os tipos santos católicos, os monges, os penitentes, os místicos, os religiosos. Quantos jejuns, flagelações, confissões, penitências. Quanta exaltação da doença, do infortúnio, do sangue derramado pelos martírios, pelas mutilações voluntárias. O corpo, nesse meio, não cessou de ser odiado e os tormentos a ele impostos sempre foram enaltecidos e premiados. É essa concepção do corpo, como algo defeituoso, que justificou esse tipo de *ascese*; esse: “quero livrar-me”, esse: “não suporto mais!”.

Não é meu objetivo, aqui, mas um atento e minucioso estudo no Cristianismo no Ocidente, poderia nos esclarecer sobre como a concepção platônica do corpo se constituiu na base para uma prática cristã da *renúncia de si mesmo*, e que vai estar presente e cultivada em todo o Ocidente. Mas, prossigamos. O que Nietzsche nos disse sobre essa perspectiva do corpo? É o corpo, essa coisa má, esse empecilho ao pensamento?

## 1. 2 – O CORPO COMO A GRANDE RAZÃO: A ofensiva nietzschiana

### 1.2.1 – O intelecto como instrumento do corpo: primeira transvaloração nietzschiana.

Quero dizer a minha palavra aos desprezadores do corpo. Não devem, a meu ver, mudar o que aprenderam ou ensinaram, mas, apenas, dizer adeus ao seu corpo – e, destarte, emudecer. “Eu sou corpo e alma” – assim fala a criança. E por que não deveria falar como as crianças? Mas o homem já desperto, o sabedor, diz: “Eu sou todo corpo e nada além disso; e alma é somente uma palavra para alguma coisa no corpo.” O corpo é uma grande razão, uma multiplicidade com um único sentido, uma guerra e uma paz, um rebanho e um pastor. Instrumento de teu corpo é, também, a tua pequena razão, meu irmão, à qual chamas “espírito”, pequeno instrumento e brinquedo da tua grande razão [...] Atrás de teus pensamentos e sentimentos, meu irmão, acha-se um soberano poderoso, um sábio desconhecido – e chama-se o ser próprio. Mora no teu corpo, é o teu corpo (NIETZSCHE, 2005b, p. 59-60).

À formula de bem-estar do platonismo, apoiada no privilegio da razão, Nietzsche contrapõe a transvaloração. Se Platão afirmava que o corpo era essa porção inferior constitutiva do homem, objeto de correção e de ajuste por parte da alma (razão), Nietzsche dirá que esse corpo é a Grande Razão, e que a *razão* e o espírito, tão cultivados no platonismo são tão simplesmente seus apêndices, brinquedos, pequenos instrumentos.

O homem cultivado, no platonismo é o desprezador do corpo, aquele que nunca cresce. Por isso Nietzsche a chama de criança, pois aprendeu a ver o corpo como fonte de suas fraquezas, como algo mau. A felicidade que o desprezador obtém é resultado de sua dedicação em afastar-se de seu corpo, de subjuga-lo, de negar-lhe seus apetites. Esse homem sente *prazer* em obter premiações pelos exercícios de não satisfação, pelo alcance de virtudes. Só que Nietzsche indaga: “O que é mais nocivo que qualquer vício? – A ativa compaixão por todos os malogrados e fracos – o cristianismo...” (NIETZSCHE, 2007, p. 11). E cristianismo, aqui, é sinônimo de platonismo.

O problema que Nietzsche coloca é sobre que *tipo de homem* deve ser cultivado: aquele tido como de mais alto valor, pelo empenho em aperfeiçoar ou

afinar sua racionalidade intelectual, com um espírito de luta disposto a manter subjugada aquela sua porção animal rebelde às práticas pedagógicas diretivas da vida ou, aquele *tipo mais elevado*, forte, acumulador de forças, que não considera os instintos como adversários, mas que afirma a vida.

A alma, para Platão, aquela porção divina alojada no corpo, Nietzsche a considera como sendo uma pluralidade de forças em luta por crescimento, é vontade de potência, que é vida. Embora nos consideremos homens do conhecimento, Nietzsche faz seu diagnóstico: *não nos conhecemos*.

Nós, homens do conhecimento, não nos conhecemos; de nós mesmos somos desconhecidos – e não sem motivo. Nunca nos procuramos: como poderia acontecer que um dia nos encontrássemos? Com razão alguém disse: “onde estiver teu tesouro, estará teu coração”. Nosso tesouro está onde estão as colmeias do nosso conhecimento. Estamos sempre a caminho delas, sendo por natureza criaturas aladas e coletoras de mel do espírito, tendo no coração apenas um propósito – levar algo “para casa”. Quanto ao mais da vida, as chamadas “vivências”, qual de nós pode levá-las a sério? Ou ter tempo para elas? Nas experiências presentes, receio, estamos sempre “ausentes”: nelas não temos nosso coração – para elas não temos ouvidos. Antes, como alguém divinamente disperso e imerso em si, a quem os sinos acabam de estrondear no ouvido as doze batidas do meio-dia, e súbito acorda e se pergunta “o que foi que soou?”, também nós por vezes abrimos *depois* os ouvidos e perguntamos, surpresos e perplexos inteiramente, “o que foi que vivemos?”, e também “quem somos realmente?”, e em seguida contamos, depois, como disse, as doze vibrantes batidas da nossa vivência, da nossa vida, nosso *ser* – ah! e contamos errado... Pois continuamos necessariamente estranhos a nós mesmos, não nos compreendemos, *temos* que nos mal-entender, a nós se aplicará para sempre a frase: “Cada qual é o mais distante de si mesmo” – para nós mesmos somos “homens do desconhecimento” (NIETZSCHE, 2006, p. 7-8).

Somos estranhos a nós próprios, um estranhamento antigo, materializado na crença de que somos/estamos divididos, ambíguos, polarizados em corpo-alma. Em vez de acolher os conhecimentos que brotam dessa “porção animal”, continuamos a buscar fundamentos na matriz intelectual; somos instigados por Nietzsche abolir o abismo posto entre o somático e o psíquico pela afirmação da superioridade de um sobre o outro, a reconhecer que fortalecer esse dualismo fictício é experimentar a resignação, o desencanto e a alienação.

Na verdade, desprezando o corpo, o que fizemos foi desprezar-nos; dele distanciando-nos, acabamos por esquecer o que somos, a ponto de Nietzsche emitir seu diagnóstico: somos “homens do desconhecimento”. O que somos? Não

sabemos.

Ora, a moral ascética platônica que permeou todo o ocidente e, conseqüentemente, toda a medicina ocidental, foi capaz de convencer o homem de que a doença é um *resultado* de sua desobediência ou da sua ignorância por não saber como se conduzir e, com isso, estabeleceu um modo do homem se relacionar consigo mesmo e com o meio onde vive e, mais, ao estabelecer como importante o conhecimento, exigiu que o homem volte seu olhar para a busca da verdade, procurando saber mais e sempre melhor. Todavia, a relação instigada pela moral platônica é uma relação de distanciamento do corpo e de aproximação com o que ele denomina de alma.

Mas a busca pelo conhecimento médico não é somente uma busca por informações que auxiliem o homem a se proteger da doença, a preservar-se, a cuidar de si mesmo e dos outros. Ao internalizar o conhecimento sanitário, por exemplo, aplicando-o à sua vida, supera a diferença entre a fase da procura e a da ignorância, materializada na conduta instintiva, pois tanto a busca do conhecimento como a mudança de comportamentos constitui, desde logo, forma de domínio de si e expressão de uma violência.

Tomar para si a verdade do outro é, de certa maneira, renegar o exercício do poder e atribuir valor de superioridade a outra interpretação. A internalização da verdade e a busca dessa verdade internalizada, para a tomada de decisões, está pautada na confiança platônica numa identidade entre verdade e valor. Se a verdade está na alma, e essa é porção divina, a verdade é divina, e a vontade incondicional pela verdade é a expressão do ideal ascético platônico, que nada mais é do que uma vontade incondicional pelo divino. Logo, ideal metafísico.

Foi graças ao platonismo que se difundiu no Ocidente a crença no privilégio da alma frente ao corpo. Ora, uma ciência que se instituiu a partir da desvalorização e negação do sensível, da materialidade, do transitório, do devir, essa ciência tem como base uma oposição ascética, e, portanto, metafísica. Assim, na relação de oposição corpo-alma, o “Eu” é o elemento ascético constituído a partir do afastamento de tudo o que é, em nós, corpo. O “Eu” é essa porção que deverá acessar a verdade. Sendo de origem divina, o “Eu” deverá a ela ligar-se, já que é da mesma natureza que a verdade. É por isso, que no cristianismo, o “Eu” pode se imortalizar. E essa busca de imortalidade é verificada pelo culto à racionalidade, ao

intelecto, à alma, à verdade.

A palavra que Nietzsche dirige aos desprezadores do corpo, é primeiramente, a da necessidade de nos desembaraçarmos dos preconceitos da “alma”, do “Eu”, do “Eu” como sujeito, do sujeito como unidade de consciência. Sem esse desembaraçamento não será possível compreender o corpo como a grande razão. Para Nietzsche, o “Eu” é outra coisa bem distinta daquela concepção platônica difundida no Ocidente.

Contra o positivismo, que fica no fenômeno “só há fatos”, eu diria: não, justamente não há fatos, só interpretações [*Interpretationen*]. Não podemos verificar nenhum fato “em si”: talvez seja um absurdo querer uma tal coisa. “Tudo é *subjetivo*”, dizeis: mas já isso é *interpretação* [*Auslegung*]. O “sujeito” não é nada de dado, mas sim algo a mais inventado, posto por trás. – É afinal necessário pôr o intérprete por trás da interpretação? Isso já é poesia, hipótese [...] Nossas necessidades são *quem interpreta* [*auslegen*] o mundo; nossas pulsões e seus prós e contras. Cada pulsão é uma espécie de ambição despótica [*Herrschaft*], cada uma tem a sua perspectiva, perspectiva que a pulsão gostaria de impor como norma para todas as outras pulsões (NIETZSCHE, 2008, p. 260).

O “eu” é o que colocamos onde começa a nossa incerteza, onde não podemos ver adiante, uma tentativa nossa de nos colocarmos como imunes ao movimento do devir, nossa ilusão em permanecermos inalterados diante da flutuação dos afetos e das variações das perspectivas. O “eu”, para Nietzsche, é uma multiplicidade caótica em mutação, um movimento descontínuo de pulsões passível de diversas interpretações.

O que nos dá a extraordinária firmeza da crença na causalidade *não* é o grande hábito da sequência de eventos, mas sim a nossa *incapacidade* de *interpretar* um acontecer de outra maneira a não ser como um acontecer a partir de *intenções*. Essa é a *crença* no vivente e pensante como o único *que produz efeitos* – a crença na vontade, na intenção –, essa é a crença em que todo o acontecer seja um fazer, em que todo fazer pressuponha um agente; essa é a crença no “sujeito”. (NIETZSCHE, 2008, p. 285).

Se Nietzsche diz que não existem fatos, mas somente interpretações, ele está a dizer que o que existe além das interpretações é alguma coisa que não

podemos conhecer:

O mundo dos “fenômenos” é o mundo preparado que nós *sentimos como real*. A “realidade” [*Realität*] jaz no constante retorno de coisas semelhantes, conhecidas, aparentadas, no seu *caráter logicizado*, na crença de que aqui podemos contar, calcular; o oposto desse mundo-fenomenal *não* é o “mundo verdadeiro”, mas sim o informulável mundo sem-forma do caos das sensações – portanto, *uma outra espécie* de mundo fenomenal, um mundo para nós “não-conhecível” (NIETZSCHE, 2008, p. 296).

Assim, além de admitir a pluralidade de interpretações, é no mundo, e somente nele, que reside a origem de toda e qualquer interpretação. Desse modo, Nietzsche dá ao mundo um caráter de infinitude pela infinidade de interpretações possíveis; todavia, nenhuma dessas interpretações poderá constituir-se como fundamento para o mundo, já que não existe uma perspectiva exterior ao mundo a partir da qual se possa perguntar: “o que é o mundo?”.

Ora, a condição de possibilidade da ciência está fundada numa inteligibilidade do mundo, um mundo dotado de unidade e permanência. É a crença num mundo que deve ter sua equivalência e medida no pensamento humano, em humanos conceitos de valor, um “mundo da verdade”, a que pudéssemos definitivamente aceder com a ajuda de nossa pequena e quadrada razão (NIETZSCHE, 2005, 277). Em outras palavras, Nietzsche está afirmando que a ciência se funda num pressuposto metafísico, já que acredita num mundo verdadeiro e essa é uma característica de todo racionalismo. A busca da verdade, ou a vontade de verdade, implica a vontade de um mundo verdadeiro, e, por conseguinte, a crença na verdade implica a crença em um mundo verdadeiro.

Não há dúvida, o homem veraz, no ousado e derradeiro sentido que a fé na ciência pressupõe, *afirma num outro mundo* que não o da vida, da natureza e da história; e, na medida em que afirma esse “outro mundo” – não precisa então negar a sua contrapartida, este mundo, *nosso mundo?*... Mas já terão compreendido onde quero chegar, isto é, que a nossa fé na ciência repousa ainda numa *crença metafísica* (NIETZSCHE, 2005, p. 236).

Se a metafísica se caracteriza pelo desdobramento da existência em um

mundo sensível e outro inteligível, então a ciência que tem base positivista é inteiramente metafísica. Esse mundo verdadeiro no qual opera a racionalidade encontra-se todo ele projetado sobre o mundo aparente, sem fundamento, e com ele se confunde, gerando falsas conclusões, tais como a confiança cega na razão.

Este mundo é aparente – *consequentemente*, há um mundo verdadeiro. Este mundo é condicionado – *consequentemente*, há um mundo incondicionado. Este mundo é contraditório – *consequentemente*, há um mundo sem contradição. Este mundo está em devir – *consequentemente*, há um mundo que é. Meras conclusões falsas (confiança cega na razão: se A é, então também o seu conceito-oposto B há de ser). O *sofrimento inspira* essas conclusões: no fundo, são *desejos* de que pudesse haver um tal mundo; do mesmo modo, no simples fato de que um outro mundo seja imaginado, um mundo mais *valioso*, exprime-se o ódio contra um mundo que faz sofrer: aqui, o *ressentimento* dos metafísicos contra o real [*Wirkliche*] é criativo (NIETZSCHE, 2008, p. 299).

Se Nietzsche afirma que o mundo é passível de diversas interpretações, então ele afirma que o mundo é aparência, o que significa que o que existe se esgota no ato mesmo do aparecimento e que as interpretações dadas aos fenômenos são transitórias, já que o que interpreta são nossas pulsões, em contínuo devir. Se o mundo das interpretações é o único existente, então esse mundo é o mundo *verdadeiro*, ao passo que o “mundo verdadeiro” tão desejado pelos metafísicos é o mundo inexistente. Assim, Nietzsche quebra e ultrapassa a dicotomia platônica, abolindo a ideia de dois mundos. Ele, com seu perspectivismo, faz sua crítica da verdade, do sujeito e da razão.

Não há “espírito”, nem razão, nem pensar, nem consciência, nem alma, nem vontade, nem verdade: tudo isso é ficção inútil. Não se trata de “sujeito e objeto”, mas sim de uma determinada espécie animal que medra somente sob uma certa *correção* relativa, antes de tudo sob a *regularidade* de suas percepções (de modo que ela possa capitalizar a experiência)... O conhecimento trabalha como *instrumento* do poder. Assim, torna-se claro que ele cresce com cada aumento de poder (NIETZSCHE, 2008, p. 259).

Se o mundo, em Nietzsche, é pura interpretação, ou seja, se o “mundo verdadeiro” dos cientistas é *falso*, então as moralidades oriundas da ciência e que

compõem o mundo *são falsas*. Os discursos científicos são *falsos*. Essa vontade de tornar firme, durável, as interpretações possíveis, é o que chamamos de verdade, na tentativa de suprimirmos o caráter *falso* do mundo. Assim, a verdade não é algo que existia ou algo que teríamos de encontrar, mas algo a criar, uma *vontade de dominação*. Essa vontade de encontrar uma verdade é vontade de dominar. Daí que ele afirmará:

A vida está fundada na pressuposição de uma crença no durável e no retorno regular: quanto mais poderosa é a vida, tanto mais extenso há de ser o mundo previsível [...] O homem projeta sua pulsão para a verdade, seu “fim”, em um certo sentido, para fora de si, como mundo *que é* [*seiende*], como mundo metafísico, como “coisa em si”, como mundo já existente [*vorhandene*]. Sua necessidade como criador inventa já o mundo no qual trabalha, pressupõe-no: essa pressuposição, “essa crença” na verdade é o seu esteio (NIETZSCHE, 2008, p. 288).

A oposição entre o mundo aparente e o mundo verdadeiro passa a ser reduzida à seguinte oposição: mundo e nada. Mas, abolido o “mundo verdadeiro”, do qual se obtinha a finalidade, o sentido e o valor, de onde, então, a existência vai retirar seu sentido? Com relação a quê ela terá seu valor? A partir de onde terá sua finalidade? Para Nietzsche, o sujeito deve interpretar o mundo se quiser pensar no máximo de sua potência criadora, e não odiar ou desprezar o que muda, o que se transforma. Em vez de valorizar o permanente, o homem é convidado a criar um mundo tal como deve ser.

A crença de que o mundo que deveria ser *é*, existe realmente [*wirklich*], é uma crença dos improdutivos, *que não querem criar um mundo* tal como deve ser. Eles o estabelecem como existente, procuram meios de chegar até ele. – “Vontade de verdade” – *como impotência da vontade de criar* (NIETZSCHE, 2008, p. 395).

A criação do mundo só é possível se o homem não se furtar à tarefa de interpretar, o que se dará a partir do emprego de seus instintos. Não que o corpo seja posto no lugar do sujeito, mas já que o homem não pode aqui se constituir como “sujeito” e nem pôr o mundo como seu “objeto”, ele se reconhece como parte

do mundo, e aí não há possibilidade de transcendê-lo. Ao interpretar o mundo, o que ele está fazendo é tão simplesmente afirmar a própria vida; a vida interpreta a si mesma no homem. Ora, essa interpretação se dá pelos instintos, se dá por meio do corpo; logo, é o corpo que interpreta, que cria, que inventa; é o corpo a grande razão.

Certamente não encontrou a verdade aquele que lhe desfechou a expressão 'vontade de existência': essa vontade – não existe! Porque: o que não existe não pode querer; mas, o que é existente, como poderia ainda querer a existência! Onde há vida também há vontade: mas a vontade de vida, senão – é o que te ensino – vontade de poder! Muitas coisas o ser vivo avalia mais alto do que a própria vida; mas, através mesmo da avaliação, o que fala é – a vontade de poder! (NIETZSCHE, 2005b, p. 146).

Esse ato de interpretar é, para Nietzsche, a expressão da vontade de afirmação que ele denomina de vontade de potência. Assim, diferentemente da vontade de verdade, que, querendo um “mundo verdadeiro” nega-se a criar, a vontade de interpretar é vontade de potência.

Ora, a verdade seria precisamente o mundo visto “de fora”, de um lugar exterior ao mundo, e numa perspectiva absoluta. Todavia, quem fixa valores e os avalia é a própria vontade de potência. Se tudo é vontade de potência, não há em Nietzsche, exterioridade e nem transcendência. Assim, o conhecimento é a vontade de potência em atividade, e uma das impossibilidades do conhecimento é ter sob “seus olhos” a existência em sua totalidade, já que essa só poderia aparecer a alguém que a observasse de fora, e essa exterioridade é impossível.

Ora, ao negar o mundo verdadeiro da moral e da metafísica, Nietzsche recusa precisamente a esfera do dever ser, uma instância ideal que serviria de parâmetro para avaliar a vida atual [...] A existência se resume à esfera do que é, e todo “deve ser” é uma instância ilusória que serve para julgar e depreciar a vida. Pensar *o que deve ser* como diferente do *que é* significa já desdobrar o mundo, duplica-lo com um mundo verdadeiro da moral, da metafísica ou da religião (ROCHA, 2003, p. 73).

Assim, a um “mundo verdadeiro”, a um “mundo de coisas e essências”, de “identidade” e de permanência, a esses “mundos” a razão poderia ser aplicada. Todavia, uma vez que esses mundos não existem, uma vez que o existente está em

pleno devir, a atividade do intelecto é pura ficção. Esse mundo fictício elaborado pelo intelecto é a pura manifestação de uma repugnância ao caos, é a tentativa de representar o homem como um esquema, como se ele fosse *conhecido*. Contudo, no mundo *aparente*, nos tornamos completamente *obscuros*. Nada sabemos de *nós*. E nada sabemos porque nele não estamos fincados; ao contrário, estamos em devir:

Afinal, o homem só reencontra, nas coisas, aquilo que ele mesmo fincou nelas: – o reencontrar chama-se ciência, o fincar – arte, religião, amor, orgulho. Em ambos, se isso devesse ser mesmo brincadeira de criança, dever-se-ia continuar e ter bom ânimo para os dois – uns para o reencontrar, outros – *nós* outros! – para o fincar! (NIETZSCHE, 2008, p. 314).

Assim, o homem só encontra no mundo aquilo que ele mesmo introduziu. Mas, as formas de apreensão do mundo variam em função das funções biológicas de cada espécie, e, no caso do homem, também em função da linguagem e da cultura. Além do mais, as perspectivas variam de indivíduo para indivíduo, e variam segundo os momentos e os afetos que circunscrevem cada um. Com isso, fica excluída a hipótese de uma única interpretação. Em todo caso, quem interpreta não é o *sujeito* – algo permanente, uno –, mas seus afetos – múltiplos, variados e até contraditórios: o corpo. Ou seja, o conhecimento é produzido a partir da vida mesma. E o que é a vida?

Chamamos “vida” uma multiplicidade de forças ligadas por um processo [*Vorgang*] de alimentação comum. A esse processo [*Vorgang*] de alimentação, como meio de sua possibilitação, pertence todo o sim chamado sentir, representar, pensar, isto é, 1. um repelir todas as outras forças; 2. uma disposição das mesmas segundo formas e ritmos; 3. um avaliar à incorporação ou à excreção (NIETZSCHE, 2008, p. 327).

Nietzsche apresenta a razão como sendo uma combinação de instintos de uma determinada espécie animal, um instrumento para assegurar a sobrevivência; logo, as verdades por ela produzidas são determinadas pela necessidade de preservar essa espécie Homem. Como pode a razão se sobrepor àquilo que a condiciona? O fato é que:

Não temos nenhum órgão para o *conhecer*, para a “verdade”: nós “sabemos” (ou cremos, ou imaginamos) exatamente tanto quanto pode ser *útil* ao interesse da grege humana, da espécie: e mesmo o que aqui se chama “utilidade” é, afinal, apenas uma crença, uma imaginação e, talvez, precisamente a fatídica estupidez da qual um dia pereceremos (NIETZSCHE, 2005, p. 250).

Assim, não existe uma razão eterna e incondicionada, imortal ou divina, que rege e elabora leis inquestionáveis. Essa razão é tão somente resultado de um processo de adaptação da espécie. A necessidade de se autoconservar é o “motivo” do desenvolvimento da razão, desse instrumento do conhecimento. Daí que a razão foi denominada por Nietzsche como pequeno brinquedo do corpo, que, segundo ele, é a grande Razão. Por isso, dirá: “A crença no corpo é mais fundamental que a crença na *alma*: a última surgiu a partir da observação não-científica das agonias do corpo (algo que o abandona. Crença na *verdade* do *sonho*)” (NIETZSCHE, 2008, p. 263).

### 1.2.2 – *Conhecer é interpretar: segunda transvaloração nietzschiana*

De agora em diante, senhores filósofos, guardemo-nos bem contra a antiga, perigosa fábula conceitual que estabelece um “puro sujeito do conhecimento, isento de vontade, alheio à dor e ao tempo”, guardemo-nos dos tentáculos de conceitos contraditórios como “razão pura”, “espiritualidade absoluta”, “conhecimento em si”; – tudo isso pede que se imagine um olho que não pode absolutamente ser imaginado, um olho voltado para nenhuma direção, no qual as forças ativas e interpretativas, as que fazem com que ver seja ver-algo, devem estar imobilizadas, ausentes; exige-se do olho, portanto, algo absurdo e sem sentido. Existe *apenas* uma visão perspectiva, apenas um “conhecer” perspectivo; e *quanto mais* afetos permitirmos falar sobre uma coisa, *quanto mais* olhos, diferentes olhos, soubermos utilizar para essa coisa, tanto mais completo será nosso “conceito” dela, nossa “objetividade”. Mas eliminar a vontade inteiramente, suspender os afetos todos sem exceção, supondo que o conseguíssemos: como? – não seria *castrar* o intelecto? (NIETZSCHE, 2006, p. 109).

Há no texto acima uma contraposição entre afetos e razão. Para Nietzsche,

a razão é um ponto de vista como os demais, determinado pelas condições históricas e biológicas que tornaram possível a vida humana. Para Platão, a razão (alma) pode elevar-se acima da história (experiências humanas) e conhecer a verdade, alcançando a “essência” imutável das coisas, que os sentidos não podem apreender – daí a necessidade de libertarmos-nos dos afetos e das inclinações do corpo. Para Nietzsche, por sua vez, contra toda a tradição metafísica, invertendo a relação entre corpo e alma e privilegiando o primeiro sobre a segunda, deve-se recusar a dualidade instaurada pelo pensamento metafísico.

Se a dualidade corpo-alma se desdobrou na crença de que o homem é um animal *racional*, no mundo verdadeiro, que é pura aparência, segundo Nietzsche, a razão está subordinada ao *animal* que é o homem, e não há possibilidade alguma de ocupar lugar privilegiado com relação ao mundo.

Toda atitude “homem *contra* mundo”, homem como princípio “negador do mundo”, homem como medida das coisas, como juiz do mundo, que afinal põe a existência mesma em sua balança e acha que lhe falta peso – a monstruosa falta de gosto dessa atitude nos veio à consciência e nos repugna –, já rimos, ao ver “homem e mundo” colocados um ao lado do outro, separados tão-só pela sublime presunção da palavrinha “e”! Justamente com esse riso, porém, não demos um passo adiante no desprezo pelo homem? E também no pessimismo, no desprezo à existência por nós cognoscível? (NIETZSCHE, 2005, p. 239).

O que está em questão é a impossibilidade de transcendência, daí que tanto os instintos como a razão são impotentes para se constituírem como sedes do conhecimento. Ambos, corpo e razão, imanentes ao mundo que interpretam, são fontes de conhecimento, sim, mas igualmente, fontes de todo erro. Mas não é só isso. Se, para que haja conhecimento, são necessárias duas condições, a do sujeito, capaz de compreender a inteligibilidade, e um mundo inteligível, Nietzsche nega as duas. Portanto, para ele, não há nada a conhecer. Para ele o mundo é o resultado de uma soma de erros e de fantasmas e o conhecimento é a instituição de um mundo à nossa medida, um mundo como representação, que nada mais é do que um “mundo como erro”.

Foi pelo fato de termos, durante milhares de anos, olhado o mundo com exigências morais, estéticas, religiosas, com cega inclinação, paixão ou medo, e termos nos regalado nos maus hábitos do pensamento ilógico, que este mundo gradualmente *se tornou* assim estranhamente variegado,

terrível, profundo de significado, cheio de alma, adquirindo cores – mas nós fomos os coloristas: o intelecto humano fez aparecer o fenômeno e introduziu nas coisas as suas errôneas concepções fundamentais [...] Todas essas concepções serão decisivamente afastadas pelo constante e laborioso processo da ciência, que enfim celebrará seu maior triunfo numa *história da gênese do pensamento*, que poderia talvez resultar na seguinte afirmação: o que agora chamamos de mundo é o resultado de muitos erros e fantasias que surgiram gradualmente na evolução total dos seres orgânicos e cresceram entremeados, e que agora herdamos como o tesouro acumulado do passado – como tesouro: pois o *valor* de nossa humanidade nele reside (NIETZSCHE, 2000, p. 26-27).

Ou seja, uma das mais prestigiosas atividades do intelecto é instituir uma realidade. Entretanto, como o mundo está em contínuo devir, conhecer é impor um mundo de forma e permanência. Assim, conhecimento e devir se excluem.

Em função disso, aquilo que denominamos conhecimento, longe de ser o reflexo ou representação de uma realidade pré-existente, é a atividade de instituir um mundo à nossa medida, um mundo ao qual possamos aplicar nossas leis, conceitos e categorias. Conhecer é re-conhecer, é reduzir algo estranho a algo conhecido, é identificar no mundo algo que começamos por impor ao mundo. Do mesmo que alguém encontra em uma moita algo que foi por ele próprio ali colocado, aquele que conhece nada mais faz do que reencontrar no mundo as leis, as formas e categorias que aí foram inicialmente introduzidas (ROCHA, 2003, p. 116).

O mundo é, assim, na perspectiva nietzschiana, uma *falsidade* sempre mutável, nunca se aproximando da verdade, já que não há verdade. A “verdade” consiste justamente no fato de que não há verdade. Assim, aquele que concebe a inexistência da verdade é levado a chamar para si a tarefa de instituir novos valores. Pois bem, Nietzsche concebe a verdade como sendo aquilo que é necessário à vida. Assim, o homem instituiu categorias e formas ao mundo para sobreviver. Entretanto, a sua ilusão consiste em dar um estatuto definitivo àquilo que não é permanente. Ora, o que é a atividade de conhecer? Para Nietzsche, conhecer é interpretar, é inventar, e não explicação ou descoberta; conhecer é imposição de significados, e não desvelar o que está dado. Nesse sentido, o conhecimento é uma forma de vontade de potência:

Expresso moralmente: *o mundo é falso*. Mas, à medida que a moral, ela mesma, é um pedaço desse mundo, então a moral é falsa. A vontade de

verdade é um *tornar* verdadeiro durável, é uma supressão daquele caráter *falso*, uma reinterpretação do mesmo no *ente* [no que é, *Seiende*]. Verdade, portanto, não é algo que existisse e que houvesse de encontrar, de descobrir – mas *algo que se há de criar* e que dá o nome a um *processo*, mas ainda: a uma vontade de dominação que não tem nenhum fim em si: estabelecer a verdade como um *processus in infinitum*, um *determinar ativo*, *não* um tornar-se consciente de algo que fosse “em si” firme e determinado. Trata-se de uma palavra para a “vontade de poder” (NIETZSCHE, 2008, p. 288).

Com isso, Nietzsche afirma o caráter ilusório do conhecimento e a impossibilidade de encontrarmos um fundamento racional para a nossa conduta. O ato de conhecer, assim como o ato de ver, resume-se a perceber as aparências, pois tudo o que se pode conhecer do mundo é o que a experiência nos mostra a partir dos diferentes pontos a adotar. Ora, o mundo, segundo o filósofo, é algo que não se pode pensar, sendo o conhecimento a atividade de inventar um mundo *pensável*.

Diferentemente de Platão e de toda a tradição metafísica, a reflexão nietzschiana não atribui a si mesma nenhuma prerrogativa de fundamento para o pensamento. Ela “nada mais é do que uma perspectiva entre outras”, revelando-se “por este mesmo motivo incapaz de reivindicar sua legitimidade, e com mais razão ainda, incapaz de justificar uma refutação das demais” (ROCHA, 2003, p. 149). Para Nietzsche o que precisa ser demonstrado não tem grande valor:

Fazer remontar algo desconhecido a algo conhecido alivia, tranquiliza, satisfaz e, além disso, proporciona um sentimento de poder. Com o desconhecido há o perigo, o desassossego, a preocupação – nosso primeiro instinto é *eliminar* esses estados penosos. Primeiro princípio: alguma explicação é melhor do que nenhuma. Tratando-se, no fundo, apenas de um querer livrar-se de idéias opressivas, não se é muito rigoroso com os meios de livrar-se delas: a primeira idéia mediante a qual o desconhecido se declara conhecido faz tão bem que é “tida por verdadeira” (NIETZSCHE, 2006b, p. 43).

E, além do mais:

A filosofia de Nietzsche não pode ser demonstrada porque recusa a existência de qualquer instância capaz de possibilitar tal operação. Mas o mais importante é que ela *não precisa* ser demonstrada, pois retira sua validade e sua coerência dessa mesma impossibilidade. Nesse sentido, o caráter indemonstrável do perspectivismo, em lugar de comprometer seu valor, é a prova de sua rigorosa coerência (ROCHA, 2003, p. 150).

Se a verdade e o conhecimento são impressões do intelecto sobre a vida, manifestação da vontade de potência, então é possível a afirmação de que a atividade de educar, de instruir, é vontade de dominar, vontade de poder E, não somente: é possível afirmarmos que a concepção de que a verdade pode curar e/ou reparar o corpo doente é tão simplesmente um modo de interpretarmos o mundo, nossa existência, e que a fixação dessa crença como valor constituiu as bases até hoje presentes para a arte médica de governar os homens.

Retornemos, pela última vez, a alguns diálogos socráticos na tentativa de identificarmos esses elementos na atividade de cuidado com o corpo dos indivíduos e da sociedade e, posteriormente, à luz do pensamento nietzschiano, fazemos nossas considerações.

### **1.3 – CORPO EDUCADO, CORPO SAÚDAVEL: o papel da educação.**

#### *1.3.1 – Obediência e cura: a importância do educador*

Há duas atividades distintas às quais destino duas artes distintas. Uma delas, que tem a ver com a alma, chamo de política; a outra, que diz respeito ao corpo, embora eu não possa de imediato designá-la para ti mediante um só nome, envolve uma única função, ou seja, o cuidado com o corpo e, como tal, constitui uma arte composta de duas partes: a ginástica e a medicina (PLATÃO, 2007, p. 68).

Na Grécia de Platão, os dois modos de se ocupar com o corpo referem-se a duas condições ou estados em que o corpo pode se encontrar: um estado de doença e um de saúde. Assim, o ginasta se ocupará do corpo *são* e o médico do corpo *doente*. Assim, é para não adoecer que o corpo deve estar sob os cuidados do ginasta, caso ele adoça o médico deverá intervir. Daí que o ginasta se ocupará do corpo, exercendo sobre ele a tarefa de protegê-lo, de revesti-lo, de equipá-lo com o que for necessário para que não adoça. O ginasta, assim, por meio de uma função educativa, instrutiva, orientativa, elaborando normas, atividades e exercícios que devem ser praticados rotineiramente, com certa regularidade, possibilita que os

“educandos” não caíam na vergonha de verem a si mesmos, e seus corpos, dependentes do médico.

Essa obediência aos comandos e recomendações do ginasta, que é um educador, exerce efeito “complementar” ao exercício da arte médica, já que a ginástica tem a propriedade de privar ou proteger o corpo da doença, estabelecendo uma relação colaborativa entre ginasta e médico. Ora, a finalidade da ginástica é a de fazer com o que o corpo não experimente o efeito “pedagógico das doenças”, ou a atividade pedagógica médica. Assim, a ginástica possibilita ao indivíduo livrar-se da vergonha de ser reconhecido como alguém a quem faltou uma educação no tempo certo.

A boa educação, que possibilita ao homem conhecer tanto as práticas e exercícios que mantêm o corpo sadio, ou os que podem causar-lhe doenças, essa educação que habilita as pessoas a examinarem a si mesmas, a estabelecerem um regime próprio de conduta; essa educação é que pode salvar o homem do infortúnio, do desprazer e do adoecimento. Caindo nas mãos do médico, o indivíduo doente deve receber uma ação pedagógica, só que não mais voltada para a prevenção da doença, mas para livrar-se do mal, e, uma vez livre, deve seguir as recomendações para não ser novamente por ele atingido. Temos, assim, uma educação que vela pelo corpo sadio, e essa aparece nesses diálogos, identificada com a ginástica.

Diante da natureza doente, diante do corpo, o saber médico, especificamente o saber sobre as causas do adoecimento, sobre a evolução da doença, sobre o seu tratamento, tudo isso não será bastante para dobrar o corpo doente. Sobre isso falei anteriormente. O corpo resiste ao saber médico porque nele, no corpo, não há nenhum órgão desenvolvido para “acolher” o conselho, daí que aquele que ouve as instruções médicas precisa, além dos conselhos médicos, ser convencido por aquele que lhe fala (quem é alvo do convencimento e da educação é alma e não o corpo). Nessa relação de força entre o médico e o *mal* que acomete o corpo, a habilidade de persuadir é fundamental para que o médico triunfe.

Essa persuasão também pressupõe, que aquele que fala, o médico, deve está atento em falar em termos inteligíveis, e para isso, deve ter como base tanto as mazelas do povo como as experiências do próprio doente; ele, o médico, elaborará um parecer que pode estar em desacordo com a anamnese do próprio doente.

A falta da habilidade dos profissionais de saúde em persuadirem, em

cumprirem eles mesmos as promessas que fazem, em associarem a doença aos seus reais desfechos, não seria um dos elementos que justificaria a insubordinação das pessoas aos seus conselhos e/ou recomendações? É possível. Ouçamos Sócrates e Górgias:

Sócrates: Bem, dizias há pouco que mesmo em matéria de saúde o orador se mostrará mais convincente do que o médico.

Górgias: Sim. Era realmente o que dizia. Quero dizer, contudo, que ele assim se mostraria dirigindo-se à multidão.

Sócrates: E dirigindo-se à *multidão* significa dirigindo-se aos ignorantes? Certamente caso se dirigisse aos que têm conhecimento não se mostraria mais convincente do que o médico.

Górgias: O que dizes é verdade.

Sócrates: Ora, na hipótese de ser ele mais persuasivo do que um médico, não se mostrará mais persuasivo do que a pessoa que possui conhecimento?

Górgias: Certamente.

Sócrates: Embora não seja ele próprio um médico, não é mesmo?

Górgias: Sim.

Sócrates: Mas o indivíduo que não é médico decerto não tem conhecimento daquilo de que o médico tem conhecimento.

Górgias: Obviamente.

Sócrates: Disso se conclui que aquele que não conhece será mais convincente ao dirigir-se aos ignorantes do que aquele que conhece, na suposição de ser o orador mais convincente do que o médico. É essa realmente a consequência ou seria outra?

Górgias: Nesse caso, a consequência é realmente essa (PLATÃO, 2007, p. 59-60).

O médico é um homem de ação pública, ele pode se dirigir à multidão, ele é um *demiurgo*. Diferentemente dos demais *membros do demos*, a ele, o médico, foram reveladas coisas consagradas, daí a idéia de que ele tem uma dignidade superior a dos demais, uma dignidade verificada na sua eloquência, numa linguagem de alto nível técnico, rica de um conhecimento profundo da natureza. É justamente por causa dessa dignidade no modo de falar, que caracteriza um determinado tipo de saber, que o convencimento do doente por parte do médico poderá ser verificado na relação entre ambos.

Convencer é uma das tarefas daquele que sabe. Ora, o primeiro alvo da intervenção instrutiva e de convencimento não é aquele que detêm o conhecimento (esse já está “convencido” – embora o convencimento não seja a garantia da obediência), mas o desprovido desse saber, do conhecimento próprio da medicina. Temos, assim, os seguintes elementos: conhecimento, saúde e persuasão, profundamente relacionados entre si.

Era evidentemente na exposição oral dos ensinamentos perante o grande público que o médico investigador expunha em seu próprio nome as suas idéias pessoais. Deste tipo de conferências chegaram até nós várias, dentre as obras de Hipócrates, sem os nomes dos autores, porém (JAEGER, 2003, p. 1011).

Observa-se que a medicina Grega procura conquistar um lugar firme dentro da sociedade. Segundo Jaeger, já ali presenciamos que ela esforça-se conscientemente por comunicar ao grande público seus conhecimentos, bem como em encontrar os meios e as vias para se tornar compreensível. “Surge assim uma literatura médica especial, destinada a pessoas estranhas à profissão” (JAEGER, 2003, p. 1014). Surge assim um mundo, resultado da interpretação dos instintos médicos de preservação da espécie, de suas buscas, de sua gramática, de sua ascese.

Essa ligação, por meio da literatura especializada, da medicina ao público, fez aparecer, segundo Foucault, uma significação positiva. Para ele “a medicina” deixou ao logo dos séculos:

De ser apenas o *corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem-modelo* (FOUCAULT, 2004b, p. 37).

No gerenciamento da vida humana, a medicina tomou uma postura normativa que não apenas distribui conselhos de vida equilibrada, mas passava a reger a vida moral dos indivíduos, suas relações físicas, o modo de se relacionarem consigo mesmos e com o meio em que viviam. Ela instaurou a bipolaridade do *normal e do patológico*.

Se olharmos o diálogo entre Sócrates e Górgias, é possível percebermos que não se pode entender nada da Medicina, sem se saber o que é o Homem, como nasceu e de que materiais é formado. O médico tem esse conhecimento.

Segundo Platão, o médico é o homem que, baseado no que sabe sobre a natureza do homem são, conhece também o contrário deste, ou seja, o homem enfermo, e, portanto sabe encontrar os meios e os caminhos para restituí-los ao estado normal. É a este exemplo que Platão se agarra para traçar a imagem do filósofo, chamado a fazer outro tanto pela alma do Homem e pela saúde dela (JAEGER, 2003, p. 1027-1028).

Em alguns diálogos platônicos o corpo é apresentado como defeituoso, e esta concepção do corpo serviu de base, de “direcionamento” para algumas práticas médicas e pedagógicas observadas no Ocidente. Se tomarmos *A República*, especificamente o Livro I, temos trechos em que encontramos alguns elementos fundantes dessas práticas corretivas médicas e pedagógicas. Vejamos esse:

Sócrates - Mas diz-me: o médico, no sentido exato do termo, de que falavas ainda há pouco, tem por objetivo ganhar dinheiro ou tratar os doentes? Mas fala-me do verdadeiro médico.

Trasímaco – Tem por objetivo tratar os doentes.

[...] Sócrates – Se me perguntasses se é suficiente ao corpo ser corpo ou se tem necessidade de outra coisa, responder-te-ia: “Certamente que tem necessidade de outra coisa. Para isso é que a arte médica foi inventada: porque o corpo é defeituoso e não lhe é suficiente ser o que é. Por isso, para lhe proporcionar vantagens, a arte organizou-se”. Parece-me que tenho ou não razão?

Trasímaco – Tens razão (PLATÃO, 2000, p. 23-24).

Qual é o objetivo da medicina? “*Tratar os doentes*”, responde Trasímaco. A medicina é aqui posta como uma arte, e o “objeto” sobre o qual deverá ser exercida é o corpo; o corpo doente que dela precisa. E porque o corpo precisa da medicina? Porque *não lhe é suficiente ser o que é*. E o que é o corpo? O corpo é algo, uma realidade que necessita de correção, precisa de ajuste, precisa de condução, de um *pedagogo*. O corpo é, naturalmente, necessitado da intervenção médica.

Poderíamos dizer que a medicina existe porque o corpo é o que é, e ele é algo a ser corrigido. *Não é suficiente ser o que é*; significa que há uma condição que o corpo deve alcançar. O objetivo da medicina é, assim, o de conduzir o corpo a um estado de perfeição, o de transformá-lo, o de modificar sua *realidade*, o de remover

do corpo toda a imperfeição, o de levá-lo de um estado a outro, de um *mundo* a *outro*. É a imperfeição do corpo que justifica a intervenção médica. A razão da medicina é justamente a existência de coisas que tornam o corpo, desde seu aparecimento no mundo, defeituoso. O papel da medicina é remover do corpo essas coisas que o tornam imperfeito, que o impedem de ser o que ele *deve* ser. E o que o corpo *deve* ser? Puro, livre do mal. Caberá ao médico retirar do corpo essas coisas, ou seja, purificar o corpo. O médico deve ensinar o indivíduo a descobrir o comportamento moral adequado ao justo meio entre o excesso e a falta, tendo como analogia uma dieta física saudável. O doente deve aprender a regular-se, a encontrar o meio termo, e esse “equilíbrio” só será possível junto ao médico, junto ao ginasta, junto a um *educador*.

A educação aparece aqui como o meio pelo qual o homem ocidental poderá guiar-se, governar-se, salvar-se, livrar-se do infortúnio da doença. Se a saúde é o *bem* que a medicina deve propiciar aos homens, esse *bem* só será acessível se este homem for educado.

Se a educação aparece como sendo um dos meios de se obter uma vida saudável, e se o educador é um agente que promove um determinado tipo de salvação, já que é capaz de livrar do perigo as pessoas e/ou a sociedade, então o profissional de saúde, em particular o médico, tem a tarefa de ensinar ao doente tudo o que for necessário para que esse se livre da doença. O médico terá que explicar-lhe o que for suficiente para o doente curar-se e para não adoecer. Sendo o doente desprovido do mesmo saber que o do médico, esse deverá explicar-lhe certas coisas. O médico, é assim, um *explicador*.

### 1.3.2 – *Instrução e saúde: a vida sob medida*

Ora, o médico explicador que coisa faz? Ele decreta o começo absoluto de todo o conhecimento no que se refere à doença e ao modo de curar-se, como se estivesse a dizer: “somente agora tem início o seu aprendizado sobre o modo como cuidar de ti mesmo”. Mas não só isso, explicando ele põe uma espécie de véu sobre outras coisas a serem aprendidas, um véu de ignorância que ele próprio se encarregou de tirar. O médico explicador acaba enrijecendo as habilidades

intrínsecas do doente de compreender por si só. Segundo Jacques Rancière,

... é preciso inverter a lógica do sistema explicador. A explicação não é necessária para socorrer uma incapacidade de compreender. É, ao contrário, essa *incapacidade*, a ficção estruturante da concepção explicadora de mundo. É o explicador que tem necessidade do incapaz, e não o contrário, é ele que constitui o incapaz como tal. Explicar alguma coisa a alguém é, antes de mais nada, demonstrar-lhe que não pode compreendê-la por si só. Antes de ser o ato do pedagogo, a explicação é o mito da pedagogia, a parábola de um mundo dividido em espíritos sábios e espíritos ignorantes, espíritos maduros e imaturos, capazes e incapazes, inteligentes e bobos (RANCIÈRE, 2007, p, 23-24).

Uma das tarefas últimas dessa atividade do *explicar* não seria somente a obtenção da vitória do saber médico-científico sobre a doença, mas legitimar a visão oligárquica de uma sociedade em que o governo sobre os corpos nada mais é do que a afirmação da autoridade dos “melhores da turma”. O exercício da autoridade pela explicação e a submissão dos sujeitos teriam como objetivo, na relação médico-paciente, consolidar a concepção de que uma sociedade saudável é o símbolo material da união entre progresso e palavras de ordem.

Infelizmente, é essa pequena palavra, exatamente essa palavra de ordem dos esclarecidos – *compreender* – a causadora de todo o mal. É ela que interrompe o movimento da razão, destrói sua confiança em si, expulsa-a de sua via própria, ao quebrar em dois o mundo de inteligência, ao instaurar a ruptura entre o animal que tateia e o pequeno cavalheiro instruído, entre o senso-comum e a ciência (RANCIÈRE, 2007, p. 25).

Todavia, esse aprendizado, por si só, diante da doença, não pode ser *caprichoso*; a doença tem seu ritmo próprio, e em geral exige uma intervenção veloz, a aplicação imediata de um determinado tipo de saber. Na Grécia de Platão, a doença já se constituía como condição fundamental para o exercício da arte médica, para o exercício de uma determinada técnica, um tipo de saber, para o desenvolvimento de um processo de ensino e de aprendizagem, tanto para o médico como para o doente.

No Ocidente, quando alguém adoece, a possibilidade de sua cura, ou o restabelecimento de sua condição física, está na dependência de que sejam cumpridas as recomendações, conselhos, explicações, esclarecimentos, proibições

ou concessões médicas, estabelecidas e fornecidas no momento da consulta, no momento do encontro entre médico e doente (ou o paciente). Também é imprescindível que os regimes farmacoterápicos e/ou dietéticos, comumente prescritos, sejam seguidos, caso contrário o alívio do mal e o restabelecimento de um corpo saudável jamais serão concretizados.

Nessa simples relação entre saber e fazer vamos encontrar um problema de integração, já que, sendo a transmissão de um saber independente da situação da ação, o que teremos é uma atividade de repasse de saber segregada do contexto da ação e aplicada a cada vez num encontro entre o *especialista* e o doente. Uma das implicações para os profissionais de saúde, creio eu, é que saber tornou-se algo obrigatório, um *dever estar informado* através da “ciência”, mas não somente; não só o doente, mas toda e qualquer pessoa será revestida de um saber direcionado à produção, já que deverá ser-capaz-de-fazer aquilo que lhe foi ordenado.

Esta relação entre “saber teórico” e ação prática, entre palavra de ordem e obediência se expande cada vez mais sob as condições do moderno “funcionamento da ciência”. Nas palavras de Gadamer:

A institucionalização da ciência como empresa pertence ao amplo contexto da vida econômica e social na era industrial. Não apenas a ciência é uma empresa, mas todos os processos de trabalho da vida moderna são organizados de maneira empresarial (GADAMER, 2006, p. 25).

Sob essa perspectiva, a relação entre profissionais de saúde e população em geral, é caracterizada, também, por uma relação entre produtor e consumidor. Os profissionais de saúde se vêem, precisamente através da técnica que lhes é singular, condicionados à submissão às leis dos respectivos temas dessa técnica, e aí renunciam à “liberdade”, tornando-se reféns do *dever-fazer* corretamente o uso da técnica. Somando-se ao que mencionei a pouco, assistimos simultaneamente nesse cenário a produção artificial de necessidades, por conta da moderna usina de publicidade médica.

Temos, assim, uma relação interna entre dois termos aparentemente excludentes: liberdade e assujeitamento. Um estado que caracterizaria uma servidão voluntária num mundo onde os profissionais de saúde se veem instigados a produzir,

a criar, a realizar algo para além do mero cuidado imediato com o corpo doente e a contribuir para coletividade social (comunidade científica e não).

A produção da verdade, tão cultivada e premiada, tem impulsionado os profissionais de saúde e essa “voluntária” servidão, pelas necessidades destes de se manterem em seus espaços de trabalho, em suas “posições” dentro desse jogo de forças. Essa servidão voluntária caracteriza uma determinada moralidade, uma espécie de negação, acompanhada de uma venerável obediência inocente.

Numa perspectiva nietzschiana, é possível identificarmos nesse cenário as duas morais: a dos senhores e a dos escravos. Qual seria, então, o papel do cientista sanitário na construção de um universo de “senhores” e “escravos”, de “sadios” e de “doentes”? Bem, para respondermos a essa provocação, creio que podemos recorrer ao célebre trabalho de Georges Canguilhem: *O Normal e o Patológico*.

Canguilhem faz uma consideração crucial para nós. Se o normal, o sadio, o *que não sofreu nenhuma perturbação orgânica* ou *desvio*, não é determinativo para todos os indivíduos, mas pelo contrário, é flexível, então o limite entre o estar sadio e o estar doente é impreciso para diversos indivíduos considerados simultaneamente. Todavia, esse limite pode ser perfeitamente sê-lo num único e mesmo indivíduo, se examinado sequencialmente. É justamente com base no estabelecimento desse limite, mediante procedimentos como a anamnese médica e a realização exames de diagnóstico, que o indivíduo será classificado como sadio ou doente, normal ou *anormal*.

Canguilhem compreende o corpo como um conjunto de forças, um *lugar* onde a polaridade dinâmica da vida é verificável, e será a partir da impossibilidade de suportar o constrangimento das variações morfológicas ou funcionais que o cientista denominará tais variações de *males* orgânicos. Ora, dirá ele:

Em certo sentido, pode-se dizer que uma saúde perfeita contínua é um fato anormal. Mas é que existem dois sentidos da palavra saúde. A saúde considerada de modo absoluto é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; neste sentido é um pleonasma falar em saúde perfeita, pois a saúde é um bem orgânico. A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis [...] Quando se diz que a saúde continuamente perfeita é anormal, expressa-se o fato da experiência do ser vivo incluir, de fato, a doença. Anormal quer dizer precisamente inexistente, inobservável. Portanto, isto não passa de

outra maneira de dizer que a saúde contínua é uma norma e que uma norma não existe. Nesse sentido abusivo, é evidente que o patológico não é anormal (CANGUILHEM, 1995, p. 106-107).

Dividindo os indivíduos em doentes e sadios, o que fizeram os *especialistas*? Dividiram o mundo em dois. De um lado, os *anormais* – que, segundo Canguilhem, nem sequer deveriam existir, os que *adoecem* – como se adoecer fosse um fenômeno extrínseco à vida; e, de outro lado, os sadios – aqueles que não apresentam desvios ou variações orgânicas perturbadoras. A saúde aparece como sendo um estado de silêncio do corpo, uma condição em que a verdade permanece oculta. Sem a *doença*, o que saberíamos do corpo? Em todo caso, um universo foi posto diante de nós. Um universo onde temos aqueles que estabelecem valores determinativos, procedimentos alocadores/classificatórios, institucionalizações e produções de saberes e, de outro lado, os que sofrem os efeitos de tudo o que mencionei há pouco. Esse universo é resultado do dualismo que já mencionei.

Em uma perambulação através das muitas morais, mais refinadas e mais refinadas e mais grosseiras, que até agora dominaram sobre a terra ou ainda dominam, encontrei certos traços retornando juntos regularmente e ligados um ao outro; até que, por fim, dois tipos fundamentais se denunciaram a mim, e ressaltou uma diferença fundamental. Há *moral de senhores e moral de escravos* (NIETZSCHE, 1983, p. 291).

Se, na medicina grega, encontramos uma concepção dinâmica da doença, não localizante, e sim totalizante, já que a doença é concebida como uma perturbação de um equilíbrio, e por isso a arte médica consiste justamente no auxílio à natureza, na restauração dessa harmonia, nos dias atuais, a doença é concebida como uma condição de anormalidade, localizada, sobre a qual incidem técnicas específicas de remoção e de reparação.

Uma característica da boa medicina, que encontramos na Antiguidade, é que ela consiste numa atividade e, numa arte que leva em conta a vida inteira do doente. A prescrição, a boa prescrição, é importante para a doença desaparecer, mas o que a caracteriza é o estabelecimento de um regime de vida, um modo de viver. E é precisamente porque é capaz de estabelecer um regime de vida que a

tarefa de persuadir, que é própria da medicina e do médico, tornou-se uma das tarefas mais importantes, senão a mais decisiva.

Para que o doente se torne realmente sadio, e para que ele possa evitar futuros adoecimentos, é necessário que mude tudo o que se refere às suas necessidades, à sua alimentação, às suas relações sexuais e suas atividades físicas. A medicina gerencia não somente a doença, mas a vida inteira das pessoas. O bom médico aparece na Antiguidade como aquele que é capaz de persuadir; ele é, de certo modo, *um bom conselheiro*.

A mudança do doente, graças aos conselhos do médico, graças à arte de persuasão, é uma mudança do modo de viver. Só que não se trata de uma mudança que ocorre da noite para o dia, como um evento “mágico” ou “divino”. Trata-se de uma mudança que vai ocorrendo dia-a-dia, mediante o emprego, por parte do doente, dos conselhos e ensinamentos médicos. E essa mudança de comportamento, poderíamos dizer, que é *ascese*, uma ascese médica, que consiste como toda ascese, num disciplinamento do corpo, na adesão perpetua do indivíduo à verdade do médico. É um tipo de conversão. Conversão de um modo de viver, onde o corpo encontra-se fragilizado e, por isso, doente, a um outro modo de viver que fortalece o corpo na afirmação de sua vitalidade.

Todavia, essa conversão pode ser de dois tipos. Um tipo de conversão que tende à afirmação *negativa* da vida, aquela que tende à contemplação, e um outro tipo de conversão, que é a conversão, não do olhar, mas a da decisão, da vontade, do querer-mais-poder. O ensinamento médico dado ao doente é capaz, assim, de articular o indivíduo consigo mesmo, de modo tal que esse torne-se hábil em gerenciar sua saúde e sua vida.

Se o corpo adocece por ignorância, então de certo modo podemos afirmar que a doença é a manifestação da vitória do corpo – que é *ignorante* – sobre a razão, considerando que, *quando e onde* a razão impera, não há doença. Não que o corpo “queira” destruir a si mesmo, mas, uma vez entregue às paixões e sem disciplina, fragiliza-se e adocece. Assim, o conceito de um corpo saudável aparece ligado ao conceito de uma educação elevada, que, na *República*, surge como sendo uma educação que permite ao indivíduo resolver, por si mesmo, sem a necessidade de recorrer ao médico, os desafios do cuidado com seu corpo. A educação, em Platão, aparece como sendo essa arte que permitiria aos homens uma autonomia

em relação à medicina. Todavia, o médico faz parte do governo, e a ele está necessariamente condicionado quem tem uma “baixa” educação. Indo ao médico, os ignorantes obtêm instrução. Educação e medicina se agenciam.

O que favorece a doença, no platonismo, é uma baixa educação e o desregramento. E o desregramento é aqui concebido como os vícios, os instintos, os afetos, os apetites do corpo. Em contraposição, uma educação elevada é justamente aquela que permite ao indivíduo exercer domínio sobre si mesmo, um controle sobre seus instintos, uma renúncia a seus apetites. Em outras palavras, a educação permite um regramento, um auto-controle. Por isso será considerado “educado” aquele que for capaz de regar os apetites do corpo, que conhecer e satisfizer, na medida exata, tais apetites. Pois o desregramento é justamente a satisfação desses instintos fora da medida exata; é a desmedida. Será preciso satisfazê-los, mas não de modo excessivo, e nem tampouco de modo insuficiente. É preciso satisfazer o corpo na medida exata, para que não haja o desregramento, caso contrário esses instintos não satisfeitos exercerão efeitos negativos sobre o corpo, fazendo-o adoecer. Esse exercício de encontrar a medida exata é que é a prática ascética.

E a medida exata será aquela que não gerar adoecimentos para o corpo. Assim, no platonismo, a saúde é concebida como o resultado de um esforço conjunto entre educação e medicina. E esse esforço é uma arte de governar o corpo, que consiste em encontrar a medida exata da satisfação de suas necessidades e desejos. Um esforço que reúne três elementos: o sujeito que busca essa medida, um determinado tipo de saber que lhe é necessário e o corpo; especificamente seus instintos, objeto do governo.

Entretanto, na ascese que tem como finalidade a saúde do corpo, este sofre a *falta* de algo. O corpo vive *em falta*. E essa falta do corpo, caso não satisfeita, poderá gerar adoecimentos. Será preciso satisfazê-la na medida exata. Como a razão poderá saber a medida exata das coisas que satisfazem ao corpo, se ela é concebida como distinta dele? *Fome, sede e libido* são experimentações de falta que desafiam a razão. Como esta as satisfará, se não as experimentar? Vê-se como essa distinção, essa ruptura entre corpo e razão, essa concepção de que a razão é superior ao corpo, traz importantes dificuldades. Pode-se perceber que a instrução aparece como um elemento intermediador entre o corpo, concebido como *natural*, e a razão, algo *não natural*.

Está claro que há uma notável depreciação do corpo, em relação à razão. Só que a razão, essa porção não-natural, necessita de auxílio. Ela necessita saber de coisas importantes para proteger o corpo, necessita de conhecimento, de determinados tipos de saberes, de informações suficientes para domesticar o corpo. E quem virá em auxílio da razão, que não está pronta, que é *igualmente defeituosa*, pois é ignorante em si mesma? Ora, quem vem em seu auxílio é a educação.

A educação surge como um elemento corretivo, aperfeiçoador da razão. Assim como a medicina se ocupa do corpo. Logo, ambos, corpo e razão, dependem do elemento instrutivo para atingirem a perfeição. E, como a educação é uma prática a ser realizada pelos outros, o cuidado sobre o corpo está na dependência da instrução a ser fornecida pelos outros. Assim, a medida exata será sempre aquela estabelecida por um outro que não o próprio indivíduo, cabendo a esse internalizar, incorporar como sendo seus os critérios e valores de toda medida considerada “exata”. A medida exata acaba sendo estabelecida não por aquele que vivencia, mas por um outro que dirá o que convém ao corpo.

Assim, a arte de governar os corpos é a arte de governar, primeiramente, os demais. E será pela incorporação das ferramentas da educação que a medicina vai exercer sua arte de governo dos corpos. Por isso, segundo Platão, como vimos no início, essa arte poderá ser exercida de duas diferentes maneiras: pela imposição da força ou pela política. A primeira é por ele considerada tirânica, a segunda – aceita pelo rebanho de bípedes –, Platão chama-a de política, porque é aceita de boa vontade pelos governados. Saber governar é, assim, a arte de fazer com que os homens aceitem de boa vontade o cuidado a ser exercido por aqueles que os governam. Trata-se de uma “ciência”, a do governo dos homens, que não pode ser adquirida por todos aqueles que vivem na cidade, mas somente por poucos. Trata-se de uma “ciência” que é diretiva, crítica e situa-se acima da riqueza e da pobreza.

Em Platão, são os prazeres desmedidos obtidos com o corpo que acabam direcionando o olhar das pessoas para outro fim, que não o da perfeição do corpo e da alma. E esse fim é o prazer. A obtenção de prazeres ilícitos, constituindo-se em finalidade, em vez da saúde, se apresenta como condição adversária da saúde e colaboradora do surgimento da doença. Prazeres desmedidos e doenças, em uma relação de confronto com a saúde. Relações de força, de conflito, estado de guerra.

Os prazeres do corpo são capazes de deslocar o homem para uma direção

diferente daquela sinalizada pelo ginasta e pelo médico, fazendo de sua existência um campo de experimentações prazerosas e igualmente ameaçadoras. O corpo se oporia à proposta da perfeição e da beatificação, ele se recusa a ir aos céus e a habitar com a divindade. Não sendo de outro mundo, recusa-se a sair deste. Como uma força gravitacional que precipita o homem para o plano não-transcendente, qualquer transcendência encontra no corpo um obstáculo.

Na obra platônica, assim como o corpo, a alma pode experimentar a desorganização, só que quem vai intervir sobre a alma para ordená-la é o jurista, aquele que elabora as leis e as normas. Graças às leis e às normas elaboradas pelo jurista para a sociedade, é que será possível organizar a alma que habita o corpo do indivíduo. A alma, além de depender do legislador que elabora as leis e as normas, depende igualmente da arte médica e da arte do ginasta – pois a medicina, como a ginástica, intervém sobre o corpo para condicioná-lo na “justa medida”. Assim, encontramos as duas dimensões do homem, corpo e alma, em estados constantes de desorganização, e que vão encontrar o remédio para esse mal nas artes médica, ginástica e jurídica. Diferentemente do corpo, que tem à sua disponibilidade duas artes (a do ginasta, que se ocupa dele para não adoecer, e a do médico, que se ocupa dele quando está doente), quem se ocupará da alma para preservar o estado de ordem e lhe condicionar o acesso à verdade, e conseqüentemente, à divindade, é o jurista.

Ora, o jurista é o personagem que tem a legitimidade dos que *governam* para a elaboração de discursos por meios dos quais se dará o domínio sobre a cidade, sobre a população. Aliás, eles, os juristas, foram constituídos para esse fim. A educação é privilegiada não só porque se reconhece sua capacidade de modelar os indivíduos, mas porque ela é imposta como um ato de obrigação jurídica. O conhecimento não nasce, não eclode, não se origina junto aos que aspiram pela verdade, ele tem sua origem na vontade de dominação e de controle dos homens uns sobre os outros. Com dirá Foucault:

Ora, se quisermos saber o que é o conhecimento, não é preciso nos aproximarmos da forma de vida, de existência, de ascetismo, própria ao filósofo. Se quisermos realmente conhecer o conhecimento, saber o que ele é, apreende-lo em sua raiz, em sua fabricação, devemos nos aproximar, não dos filósofos mas dos políticos, devemos compreender quais são as relações de luta e de poder. E é somente nessas relações de luta e de poder – na maneira como as coisas entre si, os homens entre si se odeiam, lutam, procuram dominar uns aos outros, querem exercer, uns sobre os

outros, relações de poder – que compreendemos em que consiste o conhecimento (FOUCAULT, 2003, p. 23).

Será mediante o cumprimento das leis, de toda uma jurisdição que foi elaborada visando a deixar a alma em condição de acesso à divindade, que o corpo poderá livrar-se do infortúnio da doença. As leis objetivam corrigir as interferências negativas que o corpo exerce sobre a alma, daí serem consideradas, por Platão e por aqueles que sofreram sua influência, como elementos providos de uma legitimação inquestionável, porque são, *a priori*, destinado ao governo do corpo e da alma, objetivando conduzir os homens ao maior bem, que é Deus. E a concepção de que a lei e as regras são elaboradas com o seu auxílio, isso nós vamos encontrar com grande desenvoltura no pensamento cristão de santo Agostinho – do qual não me ocuparei. Mas, prossigamos.

O que nos disse Sócrates? Que o melhor bem, o objeto do melhor prazer é a verdade. Cabe à alma dedicar-se a esse melhor bem. Esse dedicar-se à verdade vai acabar envolvendo uma série de exercícios, de tarefas e de técnicas para alcançá-la. Essas práticas vão colaborar no estabelecimento do filósofo e da filosofia, que seria a arte de ocupar-se com a verdade, de descobri-la, de ensiná-la. Mas trata-se da verdade que salva, não o corpo, mas que leva à alma para o convívio com os deuses. Daí o filósofo ser, para Platão, aquele que pode levar os homens à divindade. Ensinando-os a verdade, salvará suas almas. Sócrates prossegue:

Sócrates: Pois qual a vantagem, Cálicles, de dar a um corpo enfermo e em estado precário uma quantidade mesmo das coisas mais agradáveis para comer e beber ou qualquer coisa, quando isso não trará mais para o indivíduo qualquer proveito ou, muito pelo contrário, quando através do tratamento oposto, segundo um cálculo justo, lhe trará ainda menos bem? Não é isso?

Cálicles: Que o seja.

Sócrates: Sim, pois suponho que não constitui vantagem para uma pessoa estar viva tendo seu corpo num estado miserável, pois a consequência disso seria sua vida necessariamente ser uma vida miserável. Ou não é assim?

Cálicles: É.

Sócrates: Assim, a satisfação de nossos desejos – se estivermos com fome, comermos quanto quisermos, ou se estivermos com sede, bebermos quanto quisermos – é geralmente permitida pelos médicos quando gozamos de saúde; contudo, quando estamos doentes, praticamente nunca nos permitem satisfazer nossos desejos das coisas. Concorda comigo no que toca a isso?

Vê-se que, ao corpo doente, é destinada a privação das coisas que dão prazer, pois essas coisas são consideradas inúteis ao corpo. O corpo doente está em situação de desprestígio em relação ao corpo sadio. Além do mais, uma existência, num corpo doente, é uma existência miserável, digna até de ser questionada em sua continuidade. Assim, o prazer é lícito somente aos corpos sãos, a salvo de qualquer desordem. Mas, como já vimos, não será qualquer prazer que o corpo sadio deve usufruir e nem em qualquer medida, caso contrário experimentará a desordem e adoecerá. Estamos diante de uma relação de medidas de prazeres. Prazeres lícitos em medidas adequadas, em confronto com prazeres ilícitos fora da medida.

Será preciso conhecer primeiro a medida adequada do prazer, e não a natureza deste. São lícitas todas as práticas? Não se trata disso. A valoração destas está na intensidade do prazer obtido, pois o ser ilícito não está na prática em si mesma, mas na intensidade com que esta é realizada. Assim, não é a natureza daquilo que o estômago ingere que é condenável, mas a *quantidade* e o *como* é ingerido. Todo prazer, em si mesmo, não é prejudicial ao corpo, mas a depender do quanto é experimentado e do modo como é experimentado, o corpo pode vir a sofrer com isso. O corpo sadio, que tem a prerrogativa de experimentar prazer, pode ter experiência de desordem, caso não empregue a medida exata de suas energias na obtenção do prazer que procura.

Assim, o papel da filosofia para Platão, é o de auxiliar os homens a se aproximarem o mais possível de suas almas, para as examinarem e encontrarem as razões de seus desajustes e, assim, a estabelecerem a medida exata das intenções e satisfação dos prazeres. Tudo isso deve ser feito de modo que não haja prejuízo para o corpo e, conseqüentemente, para a alma. Em Platão, um dos aspectos importantes da filosofia é o de que ela se constituiu num guia dos homens. Uma filosofia com prerrogativas diretivas, pedagógicas e terapêuticas. O filósofo é um terapeuta.

Sócrates: [...] Supõe por exemplo, que assumíssemos as funções de médicos do Estado e pretendêssemos nos unir para atuarmos como médicos habilitados. É de se imaginar que começássemos por inquirir um ao outro: "Ora, pelos deuses, qual é o próprio estado de saúde física de

Sócrates? Ou lá houve alguém, escravo ou pessoa livre, cuja cura tenha sido obtida por Sócrates?”. E eu, de minha parte, suponho, estaria formulando outras questões similares a teu respeito. E se não encontrássemos ninguém cuja melhora física se devesse a nós – estrangeiro ou cidadão, homem ou mulher – então, por Zeus, Cálicles, não seria verdadeiramente ridículo que pessoas mergulhassem em tal loucura a ponto de antes de terem acumulado muita prática privada, às vezes com resultados medíocres, às vezes com êxito – e assim tendo realizado o adequado treinamento na arte – tentassem, como diz o provérbio, aprender a arte da cerâmica começando por um grande jarro de vinho, e tentassem tanto empreender obras públicas elas próprias quanto convidar outras pessoas semelhantes para fazê-lo? Não és da opinião que seria pura estupidez agir assim?  
Cálicles: Sou (PLATÃO, 2007, p. 149).

Antes de finalizar essa primeira dissertação, há algo que me parece importante ser mencionado, que é o fato de que essa arte médica de governar só pode ser exercitada por alguém experimentado. Ou seja, deve-se recorrer a médicos que se sabe que já obtiveram sucesso no manejo das doenças. Não é a qualquer médico ou a qualquer ginasta que se deve recorrer. Devem ser procurados aqueles cujas práticas resultaram em comprovados benefícios, aqueles cujos conhecimentos têm salvado os corpos das doenças e da morte. Devem ser buscados homens reconhecidos pela sociedade. É preciso, também, que aqueles que ensinam sejam, eles próprios, modelos e exemplos para os demais. Ou seja, aquilo que ensinam, eles devem praticar. Sócrates está dizendo que deve existir uma relação entre a vida e o ensinamento. Caso, contrário, não será digna de credibilidade a arte exercida por esses profissionais. E será esse testemunho que será exigido pelas pessoas. Um valor estabelecido que vai ser empregado para classificar tanto os médicos e ginastas, como todo aquele que exerce a arte do ensino. Assim, a classificação da vida dos homens passa não somente pelo estado de saúde do corpo, mas pela vivência coerente de tudo o que se ensina e se diz. Se o corpo doente sinaliza a falta da boa educação, a falta de concordância entre o que se ensina e o que se faz sinaliza a incoerência, a falta da verdade: a mentira. Entramos, assim, no campo da moral médica.

A apresentação de alguns trechos de diálogos socráticos tinha como objetivo a demonstração da concepção de que o corpo é defeituoso em si mesmo, de que a educação é necessária para a sua correção e proteção, de que o papel da medicina é corrigi-lo e de que a vida humana torna-se insuportável com a doença. Assim, todas essas concepções, que estão presentes em nossa sociedade até hoje, não são novas; pelo contrário, elas são antigas. Entretanto, elas constituem ainda

hoje fundamentos das práticas sanitárias e pedagógicas. A busca pela correção do corpo, desde a Grécia Antiga, tornou-se uma meta cuja finalidade é a perfeição. Ou seja, há uma crença numa “meta”, ou “alvo”, destinado ao corpo, que constitui a base para as práticas de interferência sobre o *soma*, para a busca da saúde e para a rejeição dos desvios ou anormalidades.

Entretanto, Nietzsche tem um outro modo de nos apresentar a questão. À crença platônica de que a felicidade só é possível na medida em que o corpo envolver-se pela verdade, e de que corpo e alma são *realidades* distintas, Nietzsche nos propôs a tarefa de dela nos livrarmos e nos colocarmos para além desse dualismo.

## **II – SEGUNDA DISSERTAÇÃO**

### **2. 1 – A BUSCA E A PRODUÇÃO DA VERDADE**

Nós só procuramos a verdade quando estamos determinados a fazê-lo em função de uma situação concreta, quando sofremos uma espécie de violência que nos leva a essa busca. Quem procura a verdade? O ciumento sob a pressão das mentiras do amado. Há sempre a violência de um signo que nos força a procurar, que nos rouba a paz. A verdade não é descoberta por afinidade, nem com boa vontade, ela se *trai* por signos involuntários (DELEUZE, 2006, p. 14-15).

A verdade, a sua busca, ao contrário da crença de alguns – e “eu” acreditava nisso –, não é resultado de uma boa vontade, de um desejo ou de um amor natural, mas o resultado de uma violência sobre o pensamento. A verdade depende de um encontro com alguma coisa que nos força a pensar e a procurar o que é verdadeiro (DELEUZE, 2006, p. 15). Ou seja, quando alguém diz “eu quero a verdade”, ele só quer coagido e forçado por algo que é signo do desassossego, da inquietação.

É possível afirmar que a doença e o sofrimento se constituam aquilo que força o homem a buscar meios de resistir ao que o ameaça, no caso: a doença. Com incansável espírito de leitura, de debate, de reflexão e de crítica, resultado da vitória da racionalidade – pois a racionalidade, já aparece em Platão remédio para os males da sociedade –, o médico se empenha em atingir um ideal, e quando o doente conforma sua vida a este, quando adequa sua existência a *este* ideal, temos a sinalização da vitória do médico sobre a doença.

Por meio da educação, os indivíduos são levados a estabelecer/escolher seus ideais, bem como a realizá-los como propósitos de suas vidas. Médicos e doentes, pacientes e familiares, todos engajados num Grande Ideal: a promoção de uma sociedade saudável. Todos empenhados em combater as doenças que ameaçam a qualidade da vida, que é *finita*.

Se há um componente que fundamenta esse engajamento, é o de que profissionais de saúde têm como *a priori* uma verdade: a de que tantos os pacientes como a população em geral, não sabem com profundidade como se proteger do adoecimento. E essa *certeza* se dá pelo fato de que eles, os profissionais de saúde, compreendem o que é a doença e sabem como tratá-las porque receberam uma capacitação dentro de uma instituição de ensino, dentro de um campo de saber específico, que é o do campo sanitário; ou seja, receberam uma capacitação técnica que lhes permite ser o que são: profissionais da saúde.

Como a população, em geral, não recebeu esse saber, essa *instrução*, tanto a sociedade como estes profissionais se colocarão um diante do outro na seguinte perspectiva: a cura é o resultado da aplicação de um saber transmitido na relação entre doente e seu *instrutor*.

Se a cura surge como o emprego de um saber, a doença aparece como uma órfã, como um território onde um determinado conhecimento não pôs seus pés. Ora, ignorar é não saber sobre algo e, quando esse algo é nada-saber-fazer para “não adoecer” ou para “vencer a doença”, essa ignorância assume, na vida do homem, uma posição de fatalidade.

É possível dizermos, a partir da perspectiva biomédica, que a ignorância relacionada ao não-saber-cuidar-do-corpo, para que esse não adoça, se trata de uma condição de *negação da vida*, no sentido de que a vida humana, que é vulnerável, encontra-se desprotegida dada a ausência de um determinado tipo de saber. Essa condição de vulnerabilidade será mais agravada se esse estado de ignorância for de uma profundidade tal que nem sequer for percebido, isto é, *se não se sabe que se ignora*, se não se sabe que não se sabe.

Essa ignorância pode se manter, na vida de algumas pessoas, até o final de sua existência. Por outro lado, suas opiniões e crenças sobre como viver e agir, diante das enfermidades e/ou doenças, podem ser manter como eficazes e úteis, de modo que elas podem não ser jamais postas sob questionamentos. Consequentemente, tudo o que sabem é considerado como “tudo” o que é necessário saberem para confrontar a doença.

Entretanto, diferentemente da ignorância, a incerteza, ou a dúvida, é capaz de conduzir as pessoas a adotarem outra postura diante de seus saberes. Quando as crenças e as certezas não dão mais conta da realidade, é se acometido por uma certa insegurança e pela perplexidade. Surge, então, o desejo da verdade.

Ter algo no qual apoiar-se, adquirir certezas para pautar a própria existência, eis uma necessidade dos seres humanos. Daí que, para o homem confiar nos profissionais de saúde, naqueles profissionais que exercem na sociedade o *papel de* se ocuparem com o corpo dos indivíduos e com o corpo da população, é uma necessidade fundamental. Sem confiança não poderá haver consentimento aos conselhos e nem às recomendações que esses profissionais elaboram e fornecem quando estabelecem relações com as pessoas.

Mas, quando os conselhos desses profissionais, quando suas recomendações são postas sob desconfiança, que efeitos colaterais podem ser esperados? Bem, a pergunta: “*é assim mesmo, como dizes?*”, não é uma pergunta comum que emerge na relação entre médico e paciente, afinal estamos numa

sociedade em que se acredita nas instituições médicas, nos centros de pesquisas, e em que se obtém informações 24 horas, de jornais, rádios e televisões, e em que se encontra informações médicas em livrarias e bibliotecas especializadas, disponibilizadas em *sites* de fácil acesso.

Mas, se uma pessoa doente comparasse todas as informações recebidas e encontradas entre si, descobriria que elas não são unânimes, que há várias perspectivas, vários “mundos” diferentes e que dependem de fontes diversas de informações. Essa experiência, inevitavelmente, no mínimo, criaria dúvida e incerteza. Mas não é isso o que se observa na maioria das pessoas, e por isso não reconhecem que as informações recebidas são elaboradas com o propósito de dizerem a elas o que devem saber, o que podem e devem fazer. Ao confiarem nas palavras dos profissionais médicos, os “emissores de palavras que curam”, as pessoas sentem-se seguras e confiantes e, assim, não há incerteza porque há ignorância.

A perplexidade e a incerteza daquele que perguntou: “*é, de fato assim mesmo?*”, pode conduzi-lo a ir para além do que foi posto, além das certezas e das explicações dadas. Essa atitude de estranhamento ao que é familiar, diante das palavras e do mundo, tal como ambos se dão a ver, rompe com o mesmo, com o habitual; é uma certa maneira de profanar o que foi revestido de “sacralidade” e de “inquestionabilidade”.

Ora, no meio científico (e no campo médico não é em nada diferente), o verdadeiro é o que funciona, ou o que dá conta da realidade. Verdade e realidade são apresentadas como coisas idênticas, e desfazer essa identidade é algo profundamente indesejável, ameaçador, dado que dá possibilidade para o surgimento das incertezas, que, por sua vez, fragilizam a relação entre curador e doente, entre os que exercem efeitos de mando e os que obedecem.

A verdade aparece, então, como um instrumento pelo qual o mando e a obediência podem ser exercitados nas relações entre profissionais de saúde e a população, entre o corpo (do) médico e o corpo do doente. Se levarmos em conta as concepções da *verdade* construídas ao longo dos séculos, advindas das línguas grega, latina e hebraica, e olharmos atentamente as condutas das pessoas e da sociedade diante dos discursos científicos, o que encontramos? Uma postura de condicionamento à crença e à confiança de que o que é dito é *verdadeiro*, ou seja,

diz respeito à realidade (*aletheia*); tem um rigor e exatidão, diz respeito ao que ocorreu (*veritas*); diz respeito ao futuro (prognóstico), ao que acontecerá desse modo (*emunah*).

As concepções de verdade mostradas acima é que circunscrevem o discurso médico-científico. Mas não só. O discurso médico-científico é considerado verdadeiro porque está fundamentado em critérios práticos, ou seja, trata-se de um discurso que é verificável por experimentações. A marca do discurso médico-científico, a marca de sua veracidade é a verificabilidade dos seus efeitos.

A concepção da verdade como sendo a correspondência entre realidade e pensamento, como algo que é mensurável, ou verificável, é que deu e dá possibilidades para a *quase* irrefutabilidade da dita Medicina Baseada em Evidências. Sendo considerado verdadeiro o que está conforme entre o que é pensado (as coisas) e os fatos. Sendo a evidência a visão intelectual do que é pensado, uma Medicina segura, digna de confiança, na qual as pessoas podem depositar suas seguranças, é a Medicina que se não se apoia nas aparências, nem nas opiniões e tampouco nas ilusões de nossos órgãos dos sentidos. Por isso é que essa Medicina se arvora na condição de afirmar que seu discurso de verdade é universal e necessário, em contrapartida às opiniões, que variam de lugar para lugar, de sociedade para sociedade.

Poderíamos afirmar, olhando a sociedade contemporânea, que os diversos discursos de recomendações dietéticas, de atividades físicas, de uso de produtos, de emprego de tecnologias, de medicamentos (por exemplo: enunciados que escoam em revistas e jornais, especializados ou não; em programas televisivos e radiofônicos; na internet); poderíamos afirmar que todos esses discursos não necessariamente convencerão seus leitores ou ouvintes, e de que é igualmente possíveis que aqueles que são desprovidos do conhecimento médico sejam os mais susceptíveis de acreditarem nos mesmos; uma crença capaz de fazê-los não somente mudar de conduta, incorporando o que é apresentado como “certo” e “bom” para o corpo, como também de fazê-los consumidores desse discurso.

O consumo dessas informações, conselhos e recomendações criaria, entre os veículos e seus consumidores, uma relação do tipo provedor/consumidor, nos moldes da sociedade de consumo. Dicas, informações, conselhos, tudo isso se tornou uma espécie de mercadoria, em torno da qual desenvolvem-se instrumentos,

técnicas e habilidades para o seu repasse, sua difusão, seu emprego, capazes de modificar o modo pelo qual os indivíduos e a sociedade avaliam a vida. É na expectativa de que esses elementos sejam incorporados e que modifiquem as condutas das pessoas, que os “transmissores” desses conteúdos tornaram-se hábeis em produzir a verdade, em fazê-la circular e em persuadir os que a escutam ou a leem, de modo tal que a verdade transmitida seja tida como a mais importante regra, um décimo primeiro mandamento, cujo seguimento é garantia de uma vida feliz. Não esqueçamos:

Os discursos só adquirem o seu valor (e o seu sentido) na relação com um *mercado*, caracterizado por uma lei de formação dos preços particular: o valor do discurso depende da relação de forças que se estabelece, concretamente, entre as competências linguísticas dos locutores, entendidas simultaneamente como capacidade de produção e capacidade de apropriação e de apreciação ou, por outras palavras, da capacidade que têm os diferentes agentes envolvidos na troca de impor os critérios de apreciação mais favoráveis aos seus produtos (BOURDIEU, 1998, p. 54).

A relação entre os que proferem os discursos e seus ouvintes (consumidores) é uma relação, na perspectiva de Pierre Bourdieu, mercadológica. Não diferentemente de Baudrillard, Bourdieu está a dizer que a relação entre médico e doente, entre profissionais de saúde e a sociedade em geral, essas relações, todas elas, são atravessadas por variações de valor a depender da posição de poder que ocupam quem fala e quem escuta. Os critérios de apreciação dos produtos são estabelecidos pela competência ou legitimidade de seus artesãos. São as relações de força apontadas por Nietzsche e que Foucault denominou de relações de poder, poder que só pode ser pensado com o componente do saber.

### 2.1.1 – A produtividade científica: As críticas de Lindsay Waters

“Devemos voltar ao início e perguntar, antes de qualquer coisa, por que alguém iria querer falar, escrever ou publicar” (WATERS, 2006, p. 13). À pergunta de Lindsay Waters, respondo que, na perspectiva de meus interlocutores, a motivação é a *Vontade de poder*. Posto sob à luz desse conceito nietzschiano, esse *querer publicar, escrever e falar* é vontade de fixar o mundo,

Um mundo que nós podemos venerar, que é consoante ao nosso impulso venerador – que se *comprova* continuamente – pela condução do individual e do universal –: está é a concepção cristã, da qual nós todos proviemos (NIETZSCHE, 2008, p. 151).

Para Nietzsche, o escrever e toda a gramática é sintoma de um determinado estado fisiológico, é *interpretar*, e quem o faz são nossos afetos. “É a vontade de conservação do indivíduo, de uma comunidade, de uma raça, de um Estado, de uma igreja, de uma fé, de uma cultura” (NIETZSCHE, 2008, p. 153). Nietzsche faz essa afirmação não a partir da metafísica, mas da fisiologia animal; quem fala é o instinto de rebanho. “Ele *quer* ser senhor: daí o seu “tu deves!””. Como ele mesmo dirá:

De fato, é coisa da educação conduzir o membro do rebanho a uma *determinada crença* sobre a essência do homem: *primeiro* ela *produz essa crença* e exige, em consequência disso, “veracidade” (NIETZSCHE, 2008, p. 163).

Lindsay Waters, editor-chefe da Harvard University Press, publicou em 2004 um ensaio em que apela à proteção dos bons livros, os quais, segundo ele, estão se tornando escassos. Afirma: “Há um elo causal entre a demanda corporativa pelo aumento da produtividade e o esvaziamento, em todas as publicações, de qualquer significação que não seja gerar números” (WATERS, 2006, p. 12).

Para Waters, as universidades em todo o mundo acolheram sem estranhamento métodos sofisticados de contabilidade para computar o trabalho de docentes e pesquisadores, assujeitando-se à concepção de que só é real o que pode ser contado. Desde os anos de 1960, segundo ele, verifica-se que as universidades norte-americanas tornaram-se corporações, como qualquer corporação cujas ações são negociadas nas bolsas de valores.

O aumento meteórico das publicações acadêmicas desde a década de 1960 até a década de 1990 explodiu violentamente, com certeza, da mesma forma que os indicadores Dow Jones e NASDAQ. Agora é hora de parar e entender o quanto essa explosão é inimiga da vida da mente, porque o ensino e a escrita sérios tiveram de ser postos em posição secundária

quando as publicações, por si mesmas, foram glorificadas (WATERS, 2006, p. 26).

Basta olharmos as avaliações que são impostas às universidades; elas mostram claramente que aquelas se tornaram, de fato, empresas. No Brasil, por exemplo, em 29 de março de 1985, por meio do Decreto 91.177, foi instituída uma Comissão Nacional para Reformulação do Ensino Superior. O trabalho da comissão materializou-se com a elaboração de um relatório intitulado *Uma nova política para a educação superior brasileira*. A primeira parte do relatório, denominada de *Princípios norteadores*, apresentava a *Valorização do desempenho* como um dos 07 (sete) princípios. Qual foi o desdobramento dessa avaliação de desempenho do professor? O típico professor universitário se parece cada vez mais com a figura retratada por Chaplin em seu *Tempos modernos*, trabalhando louca e insensatamente para produzir, para obter pontos, buscando garantir sua estabilidade, objetivando ser um pesquisador de “Nível 1”.

No Brasil, a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) usa a produção intelectual dos docentes como um indicador de avaliação dos programas de pós-graduação em todo o país. Segundo a CAPES, a produção intelectual, que tem um peso de 30% entre todos os indicadores, deve:

Expressar as atividades de pesquisa do corpo docente permanente, sobretudo no que se refere a publicações em artigos em periódicos de ampla circulação na área e áreas afins – em particular os incluídos no *qualis-CAPES* da Área –, livros e capítulos de livro (em editoras de circulação nacional). A publicação de trabalhos completos em Anais é, também, valorizada tendo em vista a importância da discussão das pesquisas nos fóruns qualificados. Considera-se, ademais, importante a distribuição equilibrada da produção intelectual entre os docentes do Programa. A quantidade de produtos individuais e a produção coletiva devem preservar o aspecto qualitativo, isto é, o necessário avanço na construção de uma produção consolidada e orgânica acerca dos objetos de investigação. É esperado, também, que os docentes tenham produção técnica relevante (Disponível em: <[http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/DocArea04\\_06\\_Educacao\\_anobas-e2005.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/DocArea04_06_Educacao_anobas-e2005.pdf)>. Acesso em 25 de julho de 2010).

Ora, o que vem a ser o *qualis-CAPES*? Segundo a definição do próprio órgão:

Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Tal processo foi concebido para atender as necessidades

específicas do sistema de avaliação e é baseado nas informações fornecidas por meio do aplicativo Coleta de Dados. Como resultado, disponibiliza uma lista com a classificação dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da sua produção. A estratificação da qualidade dessa produção é realizada de forma indireta. Dessa forma, o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos. A classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero (Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>>. Acesso em 25 de julho de 2010).

Ou seja, o objetivo da produção da verdade é fazê-la circular na expectativa que esta exerça seus efeitos remodeladores das relações sociais, seus efeitos combustíveis dos processos de empregabilidade, da manutenção e elevação dos índices de produtividade intelectual de uma instituição, ou nação. Recentemente, o *site do* Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, no Brasil, publicou a seguinte matéria:

A produção científica brasileira ultrapassou a da Rússia e pode superar também a da Índia, consolidando-se como a segunda maior no Bric (grupo de economias emergentes que reúne Brasil, Rússia, Índia e China). Em produção científica no bloco, em relativamente pouco tempo, o Brasil ficará atrás apenas da China, segundo levantamento da divisão de pesquisas da Agência Thomson Reuters, que analisou as 10.500 mais importantes revistas científicas do mundo. A notícia, sem dúvida, merece celebração, mas também dá margem a ponderações. Primeiro, a celebração. A produção científica brasileira deu salto de 3.665 para 30.021 artigos publicados entre 1990 e 2008, aponta a pesquisa. No mesmo período, a produção russa, considerada por muito tempo uma das mais avançadas do mundo, permaneceu estável, com 27.603 artigos em 1990 e 27.605 em 2008. O avanço brasileiro impressiona e, mantido esse ritmo de crescimento na produção científica em todos os países do bloco, o Brasil poderá superar a Índia nos próximos anos. Trata-se de um ótimo indicador do desenvolvimento do País. Outro indicador positivo: segundo o Ministério da Ciência e Tecnologia, o Brasil está investindo em 2010 o equivalente a 1,5% do produto interno bruto (PIB) em pesquisa e desenvolvimento, o maior nível de investimento dos últimos 11 anos nesse setor. Agora, as ponderações. Se, por um lado, é positivo o fato de o Brasil se destacar em produção científica no Bric e aumentar investimentos na área, por outro, convém observar que o País ainda não é um player de primeira linha nesse campo. A média brasileira de 0,92 pesquisador por grupo de mil trabalhadores está muito abaixo da média de 6 a 8 do G-7, o seleto clube dos países mais industrializados. Dentro do próprio Bric, o Brasil ainda perde para a China. O levantamento da Reuters indica que a produção científica chinesa saltou de 8.581 artigos em 1990 para 112.318 em 2008! Também cabe lembrar que o Brasil ainda forma menos doutores que os colegas de Bric, Índia, Rússia e China. É evidente que nenhum membro do Bric quer ficar para trás, seja em relação aos parceiros do bloco ou às demais nações. Assim é que a educação vem conquistando cada vez maior

espaço na agenda governamental desses países. E não necessariamente a educação superior, a maior responsável pela produção científica, mas, sobretudo, a fundamental, onde tudo começa. Para a maioria dos integrantes do Bric, o gargalo está justamente nos primeiros anos escolares (Disponível em: <<http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2010/7/12/educacao-o-ciencias-e-o-futuro-do-bric>>. Acesso em 02/08/2010).

Se levarmos em conta as investigações que Foucault fez acerca da biopolítica, não é nada insensato afirmarmos que estamos diante de uma economia cuja moeda não é somente o conhecimento. Assistimos, dentro das instituições de ensino e pesquisa, ao estabelecimento de um novo *design*, dentro do qual, por meio da informação e dos saberes produzidos, os intelectuais produzem *maneira de viver*, *sentidos* de vida, produzindo e consumindo centenas de subjetividades.

Esse *design* é um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade. Ele penetrou nas universidades e atingiu os mais infinitesimais capilares da existência de docentes e pesquisadores, mobilizando-os, pondo-os para trabalhar, explorando-os, produzindo uma plasticidade sem precedentes. Trata-se de subjetividades vampirizadas, novos modos de viver em comércio. Vale, assim, a pergunta:

Que capacidade social de produzir o novo está disseminado por toda a parte, sem estar essa capacidade subordinada aos ditames do capital, sem ser proveniente dele nem depender de sua valorização? (PELBART, 2009, p. 23).

A invenção não é prerrogativa dos intelectuais, dos pesquisadores, das mentes geniais, nem monopólio exclusivo da ciência; ela é possibilidade de todo homem comum, em suas minúsculas variações.

Tomemos, por exemplo, o sistema de classificação empregado pelas editoras brasileiras e para os livros por elas publicados. Os responsáveis por essa classificação apresentam um roteiro que, basicamente, é dividido em três partes: a primeira é dedicada à identificação da obra, a segunda aos seus aspectos formais e a terceira à avaliação qualitativa do conteúdo. Sobre essa última parte, os itens observados são: relevância, inovação e potencialidade de impacto. Vejamos as

definições desses três itens para o triênio 2007-2009:

Relevância: contribuição para o desenvolvimento científico e tecnológico da área de conhecimento; contribuição para a resolução dos problemas nacionais relevantes; atualidade da temática; clareza e objetividade do conteúdo no que se refere à preposição, exposição e desenvolvimento dos temas tratados; rigor científico (estrutura teórica); precisão de conceitos, terminologia e informações; senso crítico no exame do material estudado; bibliografia que denote amplo domínio de conhecimento; qualidade das ilustrações, linguagem e estilo. Inovação: Originalidade na formulação do problema de investigação; caráter inovador da abordagem ou dos métodos adotados; contribuição inovadora para o campo do conhecimento ou para aplicações técnicas. Potencialidade do impacto: circulação e distribuição prevista; língua; re-impressão ou re-edição; possíveis uso no âmbito acadêmico ou fora dele (BRASIL, 2009, p. 6).

A partir do momento em que se classifica os indivíduos por aquilo que escrevem, por aquilo que falam, pelo que publicam, temos o estabelecimento de um programa de engajamento moralizante. As publicações longe de serem a materialização do que pensam os seus autores, é a confissão da moral que se impõe aos mesmos, às suas instituições, aos leitores, à sociedade.

As editoras de livros e de periódicos também são classificadas de acordo com a avaliação que recebem. Trago o exemplo de uma classificação elaborada pela comissão da CAPES, que avaliou a área da Educação no Brasil no ano de 2005. As editoras avaliadas foram classificadas em três níveis: A, B e C.

Editoras A: Editoras de grande e médio porte que publicam regularmente livros na área de educação e estão presentes nos principais fóruns e congressos da área, assim como editoras universitárias de mesmo porte que publicam, entre outras, na área de educação e que pertencem a Universidades que possuem vários Programas de Pós-graduação. Editoras B: Editoras de menor porte que publicam regularmente na área de educação, editoras consolidadas que não se dedicam especificamente à área de educação e editoras de menor porte de Universidades que possuem poucos Programas de Pós-graduação. Também foram classificadas como B publicações, quando de caráter eminentemente científico, de órgãos públicos federais (como MEC, INEP). Editoras C: Editoras comerciais que não se enquadram nos critérios acima e editoras de Universidades de menor porte sem Programas de Pós-graduação stricto-sensu. Obras de cunho eminentemente científico publicadas por órgãos estaduais e municipais de grande porte (como SEE, SME) também foram classificadas como C. Impróprias: Gráficas, páginas na internet sem referência, editoras que publicam apenas sob demanda (Disponível em: <[http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/DocArea04\\_06\\_Educacao\\_anobase2005.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/DocArea04_06_Educacao_anobase2005.pdf)>. Acesso em 02/08/2010).

É a partir dessa classificação, por exemplo, que as comissões de avaliação de produtividade docente, quando solicitadas a tomar decisões sobre indicações ou promoções, examinam os nomes das revistas citadas no *curriculum vitae* dos candidatos, sem nem sequer lerem os trabalhos escritos.

Concordo com Waters, quando afirma que essa imposição sobre os docentes e pesquisadores universitários é um modo de inibir o pensamento. Foi instilado, dentro dos Departamentos, a obrigatoriedade de se manter um *status quo*, às custas de um disfarce de inovação do conhecimento. Para Waters, esses são os *inimigos da esperança*. É óbvio que Waters é um dos *promotores da humanidade*, entretanto me parece que teve a coragem de dizer a seus pares:

... não vamos mais fingir que todos estão interessados no livre desenvolvimento de ideias e na atividade acadêmica livre. Não vamos mais fingir que os acadêmicos são intelectuais públicos [...] Meu palpite é que pensamos algo mais ou menos assim: todos nós, que temos a imensa sorte de estar dentro deste sistema, sabemos que recebemos boas cartas nesta rodada; assim, simplesmente resolvemos ficar com essas cartas na mão e não jogar (WATERS, 2006, p. 61-63).

Foucault no curso *Em defesa da sociedade* (1975-1976) sinalizou com muita precisão a atmosfera que nos circunda. Somos obrigados a produzir a verdade, somos pagos e bem recompensados por essa atividade, mas não somente: somos avaliados e classificados pela mesma verdade a que servimos, que cultuamos. Como uma divindade que veneramos e que tem sobre nós seus olhos, dia e noite, a verdade está à nossa espreita. Nós a nutrimos ao longo de milênios e, hoje, ela tornou-se nosso senhor, pronto para nos julgar e expressar seu veredicto.

## 2. 2 – O IDEAL ASCÉTICO E A VERDADE

O ideal ascético significa precisamente isto: que algo *faltava*, que uma monstruosa *lacuna* circundava o homem – ele não sabia justificar, explicar, afirmar a si mesmo, ele *sofria* do problema do seu sentido. Ele sofria também de outras coisas, era sobretudo um animal *doente*: mas seu problema não era o sofrer mesmo, e sim que lhe faltasse a resposta para o clamor da pergunta “*para que sofrer?*”. O homem, o animal mais corajoso e mais habituado ao sofrimento, *não* nega em si o sofrer, ele o *deseja*, ele o procura inclusive, desde que lhe seja mostrado um *sentido*, um *para quê* no sofrimento. A falta de sentido do sofrer, *não* o sofrer, era a maldição que até então se estendia sobre a humanidade – e o ideal ascético lhe ofereceu um sentido! Foi até agora o único sentido; qualquer sentido é melhor que nenhum; o ideal ascético foi até o momento, de toda maneira, o “*faute de mieux*” [mal menor] *par excellence* (NIETZSCHE, 2006, p. 148-149).

Qual a relação de tudo o que afirmei até aqui com o conceito nietzschiano de *ideal ascético*? Para Nietzsche, o sentido que damos à nossa existência, inclusive ao sofrimento, é o engenhoso “remédio” que o homem inventou para suportar a pergunta: “para que o homem sobre a terra?”. A esse *algo* que faltava, ao horror ao vácuo, o homem, de diferentes maneiras, buscou suprir, seja pelas interpretações que dava aos fatos, seja pela valoração que os mesmos tiveram em sua existência. Com isso o homem conseguiu se ancorar, criar raízes, ter orientação, buscou um objetivo.

Ora, o núcleo do projeto nietzschiano de “transvaloração de todos os valores” foi sua crítica da ideia da verdade. considerada como um “valor superior” (MACHADO, 2002, p. 7). Quando a verdade, no nosso caso, a médico-científica, é concebida como um ideal, como algo que dá sentido à vida de alguns, parece-me oportuno problematizar essa *valoração*.

A novidade e a importância do projeto nietzschiano em todas as fases de sua realização é a crítica, não dos maus usos do conhecimento, mas do próprio ideal de verdade; é a questão, não da verdade ou falsidade de um conhecimento, mas do valor que se atribui à verdade, ou da verdade como valor superior; é a negação da prevalência da verdade sobre a falsidade (MACHADO, 2002, p. 51).

Em geral há algo na retórica, que é próprio da arte médica de governar, que é preciso chamar atenção: é que o retórico tem por objetivo persuadir, mas não tem o compromisso de ensinar o ouvinte a distinguir o *verdadeiro* do *falso*, nem de fornecer-lhe instrumentos para efetuar tal distinção. Dito de outro modo, o médico não tem como objetivo ensinar ao doente a maneira de distinguir, naquilo que ele – o médico, – lhe diz, o que é *verdadeiro* e o que não é. Ou seja, o médico não tem nenhum compromisso em fazer o doente *desconfiar* daquilo que ele lhe repassa, daquilo que ele lhe ensina, de suas *motivações*.

Mas seria esse, por acaso, o papel da medicina: ensinar a desconfiar da verdade? Não. Em todo caso, não é possível concebermos conhecimentos médicos independentes da moral. Mesmo quando os médicos, os epidemiologistas, os clínicos, enfim, mesmo quando todos esses parecem preocupados com a descoberta ou a avaliação da segurança e eficácia de novos tratamentos e, conseqüentemente, preocupados com a demonstração disso tudo, é sob o encantamento da moral que se encontram. O móvel da medicina é um determinado projeto moral; a literatura biomédica não é somente a confissão de seus autores, mas uma confissão que tem como germe intenções morais (cf. NIETZSCHE, 2009, p. 16).

A literatura biomédica tem por objetivo, dentre outros, subordinar à verdade as diversas formas de vida humana e, isso, por intermédio da moral. “Em outras palavras, se a questão do conhecimento remete à da moralidade, se a norma do conhecimento não é epistemológica, mas moral, é porque a vida é o critério último de julgamento tanto do conhecimento quanto da moral” (MACHADO, 2002, p. 53). Nietzsche nos adverte:

“Reflexões sobre os preconceitos morais”, se não quisermos que sejam preconceitos sobre preconceitos, pressupõem uma posição *fora* da moral, algum ponto além do bem e do mal, até o qual temos de subir, escalar, voar (NIETZSCHE, 2005, p. 283).

Para o filósofo, esse lugar, essa posição exterior à moral só é possível de

ocupação se a vida for considerada como vontade, como jogo de forças, como instinto. Essa perspectiva é a única capaz, segundo Nietzsche, de fazer uma crítica à verdade e à sua articulação com a moral. O médico precisaria, desse modo, exercer uma *semiologia*, que nada mais é do que a análise dos sintomas, a linguagem do corpo e de suas manifestações. Só que uma semiologia *médica* aplicada à moral, se é que ele quer saber os reais significados, as reais dimensões de sua prática de repasse de *verdades*.

Ora, os valores médicos, que são valores morais, são inegavelmente vitais. Só que, em Nietzsche, é “irrelevante saber se os juízos de valor sobre a vida são verdadeiros ou falsos” (MACHADO, 2002, p. 55). O juízo de valor é tão somente um sintoma de um determinado tipo de vida. Assim, a pergunta: “o conhecimento médico é verdadeiro ou é falso?”, é, em Nietzsche, sem importância alguma. O importante é “conhecermos” que efeitos o conhecimento exerce sobre a vida; a sua força. E essa força, a do conhecimento, não está associada ao grau de verdade, mas aos efeitos que ela tem sobre as pessoas. Pois algumas reagirão afirmando a vida, outras não. A que tipo de vida se serve o conhecimento?

Diante da explosão de recursos científicos no campo biomédico, a partir da metade do século XX, os profissionais de saúde passaram a ter uma compreensão mais detalhada e aprofundada da dinâmica dos processos biológicos e, graças à fabricação de novos fármacos e de novas técnicas, foi possível a cura de muitos tipos de doenças e de lesões que atingiam milhões de pessoas. Como disse anteriormente, um dos grandes desafios para esses profissionais é a apropriação desses novos conhecimentos e sua incorporação na prática diária, em contato com os doentes.

Nietzsche viveu no século XIX; todavia, seu pensamento ainda hoje é provocativo, capaz de provocar inquietude e possibilitar-nos olhar para o fenômeno da explosão da literatura biomédica por um outro prisma, que não aquele majoritário, dos Centros de Informação sobre Medicamentos ou da Epidemiologia Clínica.

Na Terceira Dissertação de *Genealogia da moral*, Nietzsche começa com uma pergunta direta: “O que são os ideais ascéticos?”. As respostas que ele fornece põem o homem em confronto com o seu principal dilema: a falta de sentido. É por não suportar sua condição de animal sem objetivo que ele fez e tudo faz para obter um “fim”, um *sentido*. O mais grave, para Nietzsche, é que essa “finalidade” tornou-

se, para alguns, uma “verdade”, uma *necessidade*, para preencher o sentimento de vazio. E é justamente a crença na “verdade” que sustentou e sustenta tipos como religiosos, filósofos e cientistas. A crítica de Nietzsche é que esses tipos querendo criar um outro mundo, acabaram por destruir o único mundo que existia. O que esses tipos têm em comum é a vontade de verdade, a “verdade”: uma metafísica.

A ascese é conhecida, em geral, como o instrumento, por excelência, para obter a purificação do espírito, da alma. Por meio dela, o asceta pode igualmente fortalecer o corpo na luta contra o que o aprisiona. Daí que vamos encontrar uma vasta literatura – da qual não nos ocuparemos aqui – que retrata o quanto a ascese marcou pequenos e grandes movimentos religiosos. Em todo caso, o que sinalizo é que a ascese sempre esteve relacionada à preocupação humana em livrar-se de algum tipo de sofrimento ou preocupação.

Pela vontade de livrar-se do sofrimento, ou do infortúnio, é que o cientista, particularmente, emprega grande esforço em atingir a libertação do que incomoda a humanidade. Pela vontade de livrar o homem da doença é que os pesquisadores biomédicos empregam tempo e esforço na descoberta de tratamentos e de meios que possam auxiliar aquele a dela se proteger – lembremos do exercito de pesquisadores trancafiados em laboratórios. Mas a crítica que faço aqui não é contra o “progresso” da ciência e às contribuições da mesma para a sociedade; mas, sim, a um tipo de ascese com conotação *transcendente, metafísica*. Para Nietzsche:

O asceta trata a vida como um caminho errado, que se deve enfim desandar até o ponto onde começa; ou como um erro que se refuta – que se *deve* refutar com a ação: pois ele *exige* que se vá com ele, e impõe, onde pode, a *sua* valoração da existência (NIETZSCHE, 2006, p. 106).

Ou seja, nele se manifesta a vida *contra* a vida, o que, para o filósofo é um absurdo, já que:

... o ideal ascético nasce do instinto de cura e proteção de uma vida que *degenera*, a qual busca manter-se por todos os meios, e luta por sua existência; indica uma parcial inibição e exaustão fisiológica, que os instintos de vida mais profundos, permanecidos intactos, incessantemente combatem com novos meios e intervenções. O ideal ascético é um tal meio, ocorre, portanto, exatamente o contrário do que acreditam os adoradores desse ideal – a vida luta nele e através dele com a morte, *contra* a morte, o

ideal ascético é um artifício para a *preservação* da vida (NIETZSCHE, 2006, p. 109-110).

Para Nietzsche, esse ideal apoderou-se do homem de tal maneira que este passou a desejar ser outro, a estar em outro lugar, e o *poder* desse seu *desejo* o fez desenvolver habilidades e meios capazes de criar condições propícias para manter-se apegado à vida, e de colocar-se instintivamente à frente dos demais. A crítica de Nietzsche não é contra a vontade do homem em *manter-se* vivo, de ousar, inovar, resistir, desafiar e enfrentar o futuro incerto, mas, sim, contra o *nojo* do homem a si mesmo.

Ainda na Terceira Dissertação de *Genealogia da moral*, Nietzsche teceu comentários sobre o religioso e o filósofo, mas também sobre os cientistas. Estes, igualmente, não escaparam de sua crítica, pois, para Nietzsche, também têm um *ideal*.

Esses negadores e singulares de hoje, esses irreduzíveis sem *uma* coisa, na exigência de asseio intelectual, esses duros, severos, abstinentes, heroicos espíritos que constituem a honra do nosso tempo, todos esses pálidos atéistas, anticristãos, imoralistas, niilistas, esses céticos, *eféctivos*, *hécéticos* do espírito (todos sem exceção, de um modo ou de outro), esses últimos idealistas do conhecimento, únicos nos quais habita e está hoje encarnada a consciência intelectual – eles se creem tão afastados quanto possível do ideal ascético, esses “espíritos livres, *muito* livres”: e no entanto, eu aqui lhes revelo o que eles próprios não conseguem ver – pois estão demasiado próximos a si mesmos –: esse ideal é também o *seu* ideal, eles mesmos o representam hoje, ninguém mais talvez, eles mesmos são o rebento mais espiritualizado desse ideal, sua mais avançada falange de guerreiros e batedores, sua mais insidiosa, delicada e inapreensível forma de sedução – se jamais fui um decifrador de enigmas, quero sê-lo com *esta* afirmação!... Esses estão longe de serem espíritos livres: *eles creem ainda na verdade* (NIETZSCHE, 2006, p. 138).

A rigor não existe uma ciência “sem pressupostos”, concebê-la de outro modo seria algo impensável, uma “aberração”. O pressuposto é o que dá a direção e o sentido ao pesquisador e ao cientista, de modo que seja possível a esses elaborarem um *método*. Ora, essa *crença* no pressuposto é, para Nietzsche, um valor *metafísico*, já que a “verdade”, esse pressuposto, foi entronizada no lugar de Deus, e aí a verdade tornou-se um problema: o da sua *valoração*. O próprio Nietzsche nos dá a pista para compreendermos sua crítica a essa “vontade de verdade”.

A quem isto parecer demasiado sucinto, recomenda-se reler a seção da *Gaia ciência* intitulada “Até que ponto somos ainda piedosos” (seção 344), ou, de preferência, todo o livro quinto dessa obra, assim como o Prefácio a *Aurora* (NIETZSCHE, 2006, p. 140).

Para Nietzsche ciência e ideal ascético encontram-se no mesmo terreno, já que há uma superestimação da verdade (inestimabilidade e incriticabilidade). Por isso, o filósofo fez uma crítica da mesma. Para ele, a ciência moderna é o melhor aliado do ideal ascético, já que aparece como a possibilidade do homem curar sua *grande doença*: a falta de sentido, o *para quê!* Então, sigamos sua recomendação.

A obra intitulada *Die fröhliche Wissenschaft*, traduzida por Paulo César de Souza com o título de *A Gaia ciência*, traz, no Livro V, a seção 344, intitulada *Em que medida também nós ainda somos devotos*. Essa seção é recomendada por Nietzsche na citação anterior para compreendermos melhor sua crítica à moral. Examinemo-la.

Na ciência as convicções não têm direito de cidadania, é o que se diz com boas razões: apenas quando elas decidem rebaixar-se à modéstia de uma hipótese, de um ponto de vista experimental e provisório, de uma ficção reguladora, pode lhes ser concedida a entrada e até mesmo um certo valor no reino do conhecimento – embora ainda com a restrição de que permaneçam sob vigilância policial, a vigilância da suspeita. – Mas isso não quer dizer, examinando mais precisamente, que a convicção pode obter admissão na ciência apenas quando *deixa de ser convicção*? A disciplina do espírito científico não começa quando ele não mais se permite convicções?... É assim, provavelmente; resta apenas perguntar-se, *para que possa começar tal disciplina*, não é preciso haver já uma convicção, e aliás tão imperiosa e absoluta, que sacrifica a si mesma todas as demais convicções. Vê-se que também a ciência repousa numa crença, que não existe ciência “sem pressupostos” (NIETZSCHE, 2005, p. 234-235).

Para o filósofo, a ciência não se presta ao trabalho de perguntar por seus próprios “fundamentos”, de desconfiar de suas convicções. Embora os homens da ciência do século XIX considerem-se como aqueles que superaram o caduco: Deus, virtude ou qualquer coisa que permita fazer pontes em direção a velhos ideais, enganam-se a si mesmos quando põem no lugar desses a *verdade*, que nada mais é do que um outro fundamento. A confiança na lógica, a incapacidade de criticá-la é, para Nietzsche um fenômeno *moral*. A ousadia dos homens da ciência encontra-se paralisada diante da *verdade*, pois a essa foi dada uma valoração tal que os homens

da ciência consideram um *absurdo* uma ciência “sem pressupostos”, sem uma crença.

A crença na verdade, por parte dos *cientistas*, é, para Nietzsche, uma outra manifestação do platonismo. Se o cristianismo é, para Nietzsche, o platonismo aplicado ao povo, a ciência é o platonismo dos intelectuais de sua época. A verdade, na ciência, tornou-se *aquilo* que é o mais importante, *aquilo* em função do qual tudo mais é secundário. Mas, o que é isso?

Esta absoluta vontade de verdade: o que será ela? Será a verdade de *não se deixar enganar*? Será a vontade de *não enganar*? Pois também desta maneira se pode interpretar a vontade de verdade; desde que na generalização “Não quero enganar” também se inclua o caso particular “Não quero enganar a mim mesmo”. Mas por que não enganar? E por que não deixar enganar? (NIETZSCHE, 2005, p. 235).

Para o filósofo, esse *não querer enganar-se*, e esse *não querer enganar* já sinalizam que estamos no *terreno da moral*, e de que a vida aparece como composta de simulações, de aparências, de erros, frente aos quais a ciência teria a função de decifrá-los, reconhecê-los, na tentativa de livrar-se deles, como se fossem algo perigoso, prejudicial, funesto.

Desse modo, o homem da ciência estaria afirmando *um outro mundo*, que não o da vida e o da história, que seriam, segundo a ciência, repletos de auto-engano e aparências. Na medida em que afirma esse *outro mundo*, distinto do mundo que Nietzsche caracterizou como vontade de poder, como composto de múltiplas forças e de aparências, na medida em que *busca esse outro mundo*, a ciência tem na verdade um ideal ascético.

... Mas já terão compreendido onde quero chegar, isto é, que a nossa fé na ciência repousa ainda numa *crença metafísica* – que também nós, que hoje buscamos o conhecimento, nós, ateus e antimetafísicos, ainda tiramos nossa flama daquele fogo que uma fé milenar acendeu, aquela crença cristã, que era também de Platão, de que Deus é a verdade, de que a verdade é divina... Mas como, se precisamente isto se torna cada vez menos digno de crédito, se nada mais se revela divino, com a possível exceção do erro, da cegueira, da mentira – se o próprio Deus se revela como a nossa mais longa mentira? (NIETZSCHE, 2005, p. 236).

Assim, para o filósofo, a *crença* na verdade científica é a crença no que está *para além* desse mundo, *dessa* vida. E essa “convicção” é *ainda* a chama daquela fé cristã em Deus, como sendo a verdade. O homem da ciência ainda não se livrou (e, talvez, nem o queira livrar-se) dessa flama. Para Nietzsche, só existe *um* mundo, e esse é vontade de poder, isto é, um mundo composto por uma pluralidade de forças, que estão em contínuo combate. Forças que não se aniquilam, mas, pela tensão e atrito, não deixam o mundo definhando, o recriam, o transmudam. O que é o mundo para Nietzsche? Vejamos.

E sabeis sequer o que é para mim “o mundo?” Devo mostrá-lo a vós em meu espelho? Este mundo: uma monstruosidade de força, sem início, sem fim, uma firme, brônzea grandeza de força, que não se torna maior, nem menor, que não se consome, mas apenas se transmuda, inalteravelmente grande em seu todo, uma economia sem despesas e perdas, mas também sem acréscimo, ou rendimentos, cercada de “nada” como de seu limite, nada de evanescente, de desperdiçado, nada de infinitamente extenso, mas como força determinada posta em um determinado espaço, e não em um espaço que em alguma parte tivesse “vazio”, mas antes como força em toda parte, como jogo de forças e ondas de força ao mesmo tempo em e múltiplo, aqui acumulando-se e ao mesmo tempo ali mingando, um mar de forças tempestuando e ondulando em si próprias, eternamente mudando, eternamente recorrentes [...] – quereis um *nome* para esse mundo? Uma solução para todos os seus enigmas? Uma *luz* também para vós, vós, os mais escondidos, os mais fortes, os mais intrépidos, os mais da meia-noite? – *Esse mundo é a vontade de potência – e nada além disso!* E também vós próprios sois essa vontade de potência – e nada além disso! (NIETZSCHE, 1983, 397).

É próprio desse jogo de forças que tece o mundo o estabelecimento de uma hierarquia intrínseca às relações de forças, pois o que caracteriza a força é o mando ou a obediência. Há forças que se impõe e outras que não. Nietzsche propõe a teoria das forças para afirmar que o mundo é vontade de poder. Essas forças, que são múltiplas vontades de poder, combatem umas às outras e a efetivação desse combate se dá em diferentes centros, em diversos níveis, de modo que, a depender da quantidade e da qualidade das mesmas, essas forças ou vontades de poder diferem umas das outras. Nietzsche compreende a necessidade dessa diferença: a diferença dos níveis de força. Para ele, todavia, diferentemente de muitos pensadores que o antecederam, quem é forte o suficiente não precisa negar o outro. Daí seu combate ao dualismo, que pressupõe a negação de um dos pólos de uma da relação.

Se o mundo é composto por forças múltiplas em hierarquias, a verdade é tão somente um aspecto dessas hierarquias, um modo de se estabelecer o mando e a obediência, um instrumento da vontade de poder.

Para Nietzsche, a transmutação do mundo só é possível porque nele não há destruição dos elementos que o constituem, mas há afirmação, mesmo que para isso seja necessário o assujeitamento ao mando. Nenhuma força, dentro da hierarquia, só pode mandar ou somente obedecer. O atrito, a tensão, que é a *resistência* tanto para o mando como à obediência, é essa resistência que indica o nível de poder de cada um no jogo múltiplo de forças. Assim, o que conta não é o equilíbrio, o mar liso, mas a tensão, as práticas de dominação e subjugação, sem, todavia, eliminação de numa das partes.

Querer evitar essa tensão, esse choque, é, na perspectiva nietzschiana, próprio daqueles que não conseguem extravasar seu próprio poder para superar sua fraqueza, por isso, esses aliam-se a outros com níveis de força semelhantes para, em maior quantidade, fazerem resistência às forças superiores. Desse modo, uma maioria fraca pode se impor a uma minoria forte. Entretanto, para Nietzsche, o “mais forte” não quer adaptar-se, permanecer onde está; pelo contrário, quer ser mais forte. E tornar-se mais forte exige um aprendizado, uma *ascese*. Temos, assim, hierarquia e ascese como relações entre forças; lutas, tensões. A ascese, em Nietzsche, diferentemente do cristianismo ou do tipo *metafísico*, não é nunca um ponto de chegada, uma meta. Ao contrário, em Nietzsche a ascese é uma constante.

Mas, em que podemos *despender nossas energias*? Em prol de que tipo humano? Não há ascese sem disciplina. A questão é: que efetivações de forças se darão a partir desses disciplinamentos? Trata-se de uma ascese que afirma a vida, ou de um ascetismo que a nega? Em todo caso, o ascetismo está presente nas duas situações.

Aquele ascetismo que concebe o mundo como vontade de poder, em que forças estão em permanente relação tendo em vista um vir-a-ser-mais, que não vê na vida algo a ser negado, que concebe o erro como seu constituinte, onde os infortúnios como as doenças são desafios e possibilidades para o aumento da vitalidade; esse é, em Nietzsche, um ascetismo que afirma a vida. E, observem, essa ascese exige disciplina, dedicação, dureza, já que o asceta tem como tarefa

empregar a seu favor o que, *aparentemente*, o aniquilaria.

A aplicação das informações em saúde, em favor da vitalidade seria, desse modo, a partir do pensamento nietzschiano, uma prática de afirmação da vida e, a busca dessas informações, dessas “verdades médicas” instrumentos da vontade de poder. Ou seja, o conhecimento elaborado pelo homem e o seu emprego é fruto de sua necessidade de vencer obstáculos encontrados à sua frente, e isso já denota uma ascese. Quando os obstáculos são doenças, a vontade de domina-las é vontade de poder. As doenças são, nas múltiplas relações em tensão constituintes do corpo humano, forças em busca de expansão que fazem resistência. A verdade médica é, assim, o modo pelo qual o homem busca impor sua força, dominar, resistir igualmente.

A verdade medica é, no jogo de forças, uma força com a qual o corpo se alia para combater as doenças, por isso a busca da verdade é vontade de expansão, ascetismo, uma ascese capaz de formar um novo corpo, um *corpo outro*, expressão da vontade de poder.

Entretanto, para Nietzsche, a origem de nossos comportamentos não está na racionalidade intelectual, a gênese de nossas condutas é instintiva. Ele nos adverte sobre a necessidade de compreendermos que, gradativamente, nossos gestos foram registrados na memória, no intelecto, tornando-se assim hábitos e, com o tempo, passamos a crer que têm sua origem na razão. E como revestimos o mundo de tamanha moralidade, de modo que tudo que nele existe está associado a um valor moral, a um significado moral, temos o desafio, agora, de desencantar o mundo, de despi-lo dessa moralidade; só que a ciência ao desencantá-lo, reveste-o com outras vestes, e isso é igualmente moralidade.

A moral é, indiscutivelmente, um dos grandes temas que Nietzsche problematiza em sua obra. Cito-o:

... a moralidade não é outra coisa (e, portanto, *não mais!*) do que obediência a costumes, não importa quais sejam; mas costumes são a maneira *tradicional* de agir e avaliar. Em coisas nas quais nenhuma tradição manda não existe moralidade; e quanto menos a vida é determinada pela tradição, tanto menor é o círculo da moralidade. O homem livre é o não-moral, porque em tudo quer depender de si, não de uma tradição: em todos os estados originais da humanidade, “mau” significa o mesmo que “individual”, “livre”, “arbitrário”, “inusitado”, “inaudito”, “imprevisível” (NIETZSCHE, 2004, p. 17).

Assim, a observância das recomendações e dos costumes é exigida não somente por suas consequências úteis, mas para que a verdade e a autoridade daqueles que a prescrevem vigorem, não obstante a ação de outras forças, que deslocam o indivíduo para uma direção oposta. Desse modo, a obediência ao mando é própria da força que se assujeita à moral. A força que manda, que se impõe, que estabelece valor é a da autoridade médica.

É próprio dos que dominam o estabelecimento de valores, daí o motivo dos prescritores dizerem que o autodomínio e a abstinência são vantajosos para o indivíduo, constituindo a chave para a felicidade, para a sua preservação. O transgressor, aquele que não exerce controle e governo de seus instintos conforme a tradição, que resiste à força do mando, é visto pela sociedade como alguém insensato, perigoso e *mau*.

Lamentavelmente, o homem vê, em todo infortúnio e mal-estar, um castigo, ou seja, o infortúnio é concebido como um *resultado*, uma *consequência*. Não suportando também isso, o homem o revestiu de valor, e assim o infortúnio passou a ser visto como um meio de livrar-se de algo ruim. Essa é uma das engenhosidades da moral: a de responsabilizar o agente como culpado por sua característica *naturalmente* nociva. Assim, quando alguém adoece, o que se afirma é: “você adoeceu por isso e por tal motivo, porque você fez isso e não fez aquilo”. Daí por diante, ele levará consigo e repassará aos demais a ideia de que a doença é o resultado de uma determinada prática ou da ausência de um determinado comportamento, além do que se sentirá responsável pelo seu aparecimento. E, se vier a sofrer com isso, ou mesmo a morrer, será ele o único responsável.

Esquecem, todavia, de dizerem ao mesmo indivíduo que, *na* obediência a um preceito, advindo de quem quer que seja, não há garantia dos resultados esperados e prometidos, sendo possível, em vez da felicidade anunciada, experimentar-se o *inverso*. Tal acontecimento pode constituir uma possibilidade para que o homem moral compreenda que a felicidade não é uma dádiva e nem tampouco resultado da obediência a preceitos morais estabelecidos por terceiros. Também não há garantia nenhuma de que sua desobediência o conduza a experimentações agradáveis. O que se faz são generalizações, como se todos fossem iguais.

Mas essas generalizações são produções, são uma criação nossa: nossas interpretações introduzidas no mundo. Daí a afirmação de Nietzsche:

O que quer que tenha *valor* no mundo de hoje não o tem em si, conforme sua natureza – a natureza é sempre isenta de valor: – foi-lhe dado, oferecido um valor, e fomos *nós* esses doadores e ofertadores! O mundo que tem *algum interesse para o ser humano*, fomos nós que o criamos! – Mas justamente este saber nos falta, e se num instante o colhemos no instante seguinte voltamos a esquecê-lo: desconhecemos nossa melhor capacidade e nos subestimamos um pouco, nós, os contemplativos – não somos tão *orgulhosos* nem tão *felizes* quanto poderíamos ser (NIETZSCHE, 2005, p. 204).

O que Nietzsche faz é instigar-nos a perguntar: “Em que condições o homem inventou os juízos de valor: “saudável” e “não saudável”, “bom” ou “ruim”, “permitido” ou “ilícito”?”, “são sinais de declínio ou de afirmação da vida?”. Segundo Nietzsche, a origem da moral deve ser buscada no seguinte raciocínio:

O que me prejudica é algo *ruim* (prejudicial em si); o que me ajuda é algo *bom* (benéfico e vantajoso em si); o que me prejudica *uma vez ou algumas vezes* é o elemento inimigo em si e por si; o que me ajuda *uma vez ou algumas vezes* é o elemento amigo em si e por si (NIETZSCHE, 2004, p. 74).

Por trás desse raciocínio encontramos “o mais imodesto dos pensamentos ocultos”: somos nós o princípio do bem e do mal. Todavia, Nietzsche não nega que muitas ações consideradas imorais possam ser evitadas ou combatidas; como igualmente ações tidas como morais devam ser promovidas. O que Nietzsche nega é que existam razões verdadeiras para que inúmeras pessoas sintam-se imorais.

Algumas práticas são adotadas por medo – isto é: queremos ser poupados do infortúnio, da dor, do desprezo, do sofrimento, da morte. Somente por isso. O objetivo dos deveres do doente, frente à prescrição médica, é mencionado como sendo a promoção de uma vida mais longa: a conservação da humanidade. Tomemos da obra *Aurora* dois aforismos, que creio, podem auxiliar-me para o esclarecer o que pretendo: o 108 e o 109. Vejamos o primeiro.

*Algumas teses* – Ao indivíduo *enquanto* busca sua felicidade, não se deve dar prescrições sobre o caminho para a felicidade: pois a felicidade brota de leis próprias, desconhecidas de todos, e preceitos externos podem apenas inibi-la, impedi-la. – Os preceitos chamados de “morais” são, na verdade dirigidos contra os indivíduos, e não querem absolutamente a sua felicidade. Tampouco referem-se eles à “felicidade e bem-estar da humanidade” – palavras a que não é possível ligar conceitos rigorosos, e menos ainda usar como estrelas-guia no escuro oceano dos empenhos morais. – Não é verdade que o *objetivo inconsciente*, no desenvolvimento de todo ser consciente (bicho, homem, humanidade, etc.), seja sua “felicidade suprema”: trata-se antes de alcançar, em todos os estágios do desenvolvimento, uma felicidade particular e incomparável, nem superior nem inferior, mas simplesmente peculiar. Desenvolvimento não busca felicidade, mas desenvolvimento e nada mais. – Apenas se a humanidade tivesse um *objetivo* geralmente reconhecido poderia alguém propor: “De tal e tal modo *deve-se* agir”; atualmente não há esse objetivo. Logo, não se deve relacionar as exigências da moral à humanidade, o que é insensatez e diversão. – *Recomendar* à humanidade um objetivo é algo bem diferente: então ele é concebido como algo que está *ao nosso bel-prazer*, supondo que agradasse à humanidade a proposta, ela poderia então *dar-se* uma lei moral, igualmente a partir de seu bel-prazer: não queríamos propriamente *dar-nos* essa lei, e sim *tomá-la* de alguma parte, ou *achá-la* em algum lugar; ou *deixá-la impor-se* de alguma parte (NIETZSCHE, 2004, p. 78-79).

Na sua existência, o indivíduo tem à sua disposição uma variedade de instituições e de atores que atribuem a si mesmos o papel social de auxiliá-lo em encontrar a felicidade. Dizendo-se eficientes, qualificados, munidos de todos os instrumentos possíveis, esses “guias” fazem promessas de conduzir o homem àquele estado de felicidade, de regozijo, de bem-estar paradisíaco objetivado por Deus, quando criou o homem. Como se o homem, por si mesmo, não fosse capaz de atingi-lo. Um percurso solitário é, desse modo, algo não recomendável. O homem é considerado, por natureza, um ser que necessita de auxílio, que necessita ser levado pela mão, orientado, educado, esclarecido. O homem, assim, incompleto, encontraria, por exemplo, nas ações educativas, orientativas e/ou informativas, as condições necessárias para viver bem nesse mundo.

Para ele trilhar um caminho próprio, deve munir-se de uma espécie de bagagem, em cujo interior estão presentes todos os manuais e guias básicos; espécies de *kit* de sobrevivência. Digamos, certo saberes: o saber sobre como viver em relação consigo, com o mundo, com os outros, com os demais seres, com as coisas que o cercam. Necessita-se de certa habilidade, de uma técnica para empregar de melhor modo os recursos que estão a seu dispor, como também para fabricar ou produzir o que necessita, o que lhe convém.

Para conduzir a si mesmo, deve saber de antemão que coisas devem ou não ser realizadas para a garantia da sobrevivência, da autoconservação, da *felicidade*. Para munir-se desse saber, deve aprender com quem sabe, com quem conhece melhor a vida humana. Por isso, deve ouvir os pais, irmãos, parentes, amigos, ou mesmo os que, na sociedade, têm a função de guias, como, por exemplo: os confessores, os professores ou os guias religiosos. Deve aprender a ouvi-los, a escutá-los. Esses conselhos constituirão a bagagem que portará por toda a vida, tendo, pois, a função de auxiliar o homem quando este encontrar-se em situações consideradas difíceis ou críticas. Se, por acaso, faltarem esses elementos, pode-se experimentar a infelicidade.

Mas, nessa estrada, à margem do percurso, temos à nossa visão elementos que nos convidam a ingressarmos em trilhos que não estão presentes no “mapa” que nos forneceram nossos guias. E aí, tudo se embaralha. Novos rumos: novas descobertas. Assim, o indivíduo pode, virtualmente, estabelecer um caminho próprio, traçado por ele, e não por um outro; pode constatar se o conceito de felicidade que lhe forneceram é o mesmo que aquele que estará conhecendo nessa trilha. Por isso, a afirmação de Nietzsche de que os preceitos morais inibem a felicidade do indivíduo; esta pode ser absolutamente distinta daquela concebida pela sociedade, pelo coletivo.

O desencontro entre os conselhos, que soam como dever, e nossas vontades, frutos de nossos desejos, é, em geral, acompanhado de uma certa angústia. A angústia que nada mais é do que a pergunta: “o que fazer”? É o momento do estabelecimento da própria trilha, e a resposta que satisfaz não é aquela posta em nossa bagagem. Ela não está ali. Ela ainda está por ser elaborada, e sua confecção se dará à medida que o homem entregar-se a si mesmo no percurso que se apresenta diante dele. Assim, a felicidade poderá ser constituída por ele mesmo, pois, de outro modo, ele não a experimentaria.

Não há, portanto, nenhuma felicidade reservada para a humanidade. O que é possível, na melhor das hipóteses, é o estabelecimento de felicidades *particulares, individuais*. Assim, não há felicidade do grupo, da comunidade, da sociedade, já que todos os que os constituem, seus integrantes, experimentam impulsos que os deslocam em outras direções, às vezes opostas, que os inserem em trechos muito distintos dos mapas-guias estabelecidos pelas autoridades morais.

Entretanto, pode acontecer que aqueles que não têm condições suficientes para estabelecerem seu próprio caminho se unam, se aproximem, na expectativa de, unidos, realizarem conquistas, se imporem sobre outros. São forças em busca de mais força. Nietzsche não despreza o coletivo. Ele sabe que o *rebanho* é também manifestação da vontade de poder. E nele, *dentro* do próprio rebanho, se estabelece igualmente uma hierarquia, uma relação de mando e de obediência. Só que, ali mesmo, onde as forças buscam mais potência, alguém, mais cedo ou mais tarde, pela exigência da própria vontade de poder, buscará outras trilhas, outros rumos. A solidão tão cultivada por Nietzsche não é o seu distanciamento dos homens por desprezo, mas a manifestação da sua ascese afirmativa da vida.

No que se refere à obediência aos conselhos médicos, ao *dever* de cuidar-se, ao elemento conflitante, à *vontade* de práticas que se opõem a tal dever, me parece importante sinalizar, à luz do que anteriormente foi dito, é que, *Primeiro*: os conselhos médicos estão pautados em “experimentações”, em vivências, em um certo tipo de saber que afirma não ter sido elaborado numa simples opinião, mas numa verdade demonstrada por instrumentos validados pela ciência. Trata-se de conselhos que têm, segundo seus “criadores”, certa credibilidade, mesmo que não sejam em absoluto *exatos*; podem ser generalizados para certos grupos de indivíduos. *Segundo*: a função que têm esses conselhos é a de fortalecer o corpo em sua batalha contra a doença, principalmente dando-lhe a possibilidade de não ser tocado por ela. Para isso, é necessária a sua aplicação, o seu emprego. São elementos úteis para o homem. *Terceiro*: o corpo, por sua vez, quando movido pelos instintos, parece voltar-se contra si mesmo, quando desloca o indivíduo em direções que favorecem o seu padecimento, como se um *mal* estivesse dentro dele, levando-o a destruir-se. Ciente dessa *crença*, o que fazer?

Vejamos o outro aforismo, o de número 109.

*Autodomínio e moderação, e seu motivo último* – Não encontro mais que seis métodos essencialmente diferentes de combater a veemência de um impulso. Primeiro, pode-se evitar as ocasiões para satisfazer o impulso e, através de longos, cada vez mais longos períodos de não-satisfação, enfraquecê-lo e fazê-lo secar. Depois, pode-se fixar uma estrita regularidade na sua satisfação; ao impor-lhe dessa forma uma regra e colocar seu fluxo e refluxo em firmes limites de tempo, ganha-se intervalos em que ele não mais incomoda – e daí se pode, talvez, passar ao primeiro método. Terceiro, é possível entregar-se deliberadamente à satisfação selvagem e irrefreada de um impulso, para vir a ter nojo dele e, com este nojo, adquirir poder sobre

o impulso: desde que não se faça como cavaleiro que esporeia ao máximo o seu cavalo e quebra assim o próprio pescoço – o que, infelizmente, é a norma nessas tentativas. Quarto, há um artifício intelectual que é ligar firmemente à satisfação um pensamento muito doloroso, de modo que, após algum exercício, o próprio pensamento da satisfação é sentido como doloroso [...] Quinto: a pessoa faz um deslocamento de suas quantidades de energia, ao impor-se um trabalho particularmente duro e cansativo ou sujeitar-se deliberadamente a um novo estímulo e prazer, guiando assim para outros canais os pensamentos e o jogo das forças físicas [...] Sexto, por fim: quem suporta e acha razoável enfraquecer e oprimir *toda* a sua organização física e psíquica, alcança naturalmente o objetivo de enfraquecer um determinado impulso veemente [...] estes são os seis métodos; *mas* querer combater a veemência de um impulso não está em nosso poder, nem a escolha do método, e tampouco o sucesso ou fracasso desse método. Em todo esse processo, claramente, nosso intelecto é antes o instrumento cego de *um outro impulso*, rival daquele que nos tormenta com sua impetuosidade: seja o impulso por sossego, ou o temor da vergonha e de outras más consequências, ou o amor. Enquanto “nós” acreditamos nos queixar da impetuosidade de um impulso, é, no fundo, um impulso *que se queixa de outro*; isto é: a percepção do sofrimento com tal *impetuosidade* pressupõe que haja um outro impulso tão ou mais impetuoso, e que seja iminente uma *luta*, na qual nosso intelecto precisa tomar partido (NIETZSCHE, 2004, p. 79-81).

Nietzsche nos convida a uma ascese; mas a uma ascese afirmativa da vida, do corpo. Essa ascese afirmativa da vida manifesta-se pelo cuidado com o corpo, com a adoção de “medidas” de proteção, pela obediência ao mando. Pois uma força que quer se preservar, que deseje mais poder, deve, indiscutivelmente manter-se íntegra. Assim, a “verdade” médico-científica pode se constituir, sim, numa fortíssima aliada do asceta afirmativo, não-metafísico. Só que Nietzsche faz-nos uma advertência: a de desconfiarmos de nossos deveres.

Nossos deveres? O de nos cuidar, de nos preservar, de nos salvar, de nos proteger de tudo o que nos causa danos, como, por exemplo – são os fenômenos próprios da medicina –, o adoecimento associado aos atos de fumar, de consumir álcool, de ter relações desprotegidas, de não higienizar as mãos antes das refeições. Todos esses deveres, que acabaram convertidos em práticas de uma boa educação, nada mais são do que os direitos dos outros sobre nós. Direito, sobretudo, do Estado. De que modo ele os adquiriu? Nos educando, nos repreendendo, nos confiando algo, tomando-nos por iguais, como ovelhas. E nós, crentes que essas concessões nos conferiam poder, obedecemos, pois acreditamos igualmente que cumprindo com nosso dever devolvemos o que nos concederam. Para Nietzsche, esse

sentimento do dever depende de partilharmos, nós e os outros, a mesma *crença* quanto à extensão de nosso poder: de sermos *capazes* de prometer determinadas coisas, de nos comprometermos em relação a elas (“livre-arbítrio”) (NIETZSCHE, 2004, p. 82).

E nossos direitos? São as concessões que os outros nos fazem, aquela porção do “poder” que devemos preservar. E como nos fizeram isso? Considerando perigosas e inadequadas as práticas de enfrentamento, de luta, pois vindo nessas práticas um aumento de nossas forças e de suas desvantagens, acabaram nos cedendo maior autonomia. Desse modo, é possível compreendermos porque direitos e deveres surgem e desaparecem; daí dizermos que as relações de poder mudam substancialmente. Isso é próprio das relações de forças, da vontade de poder.

Não é justamente isso a “terrível” verdade: que o que se pode saber de uma ação não basta *jamais* para fazê-la, que a ponte do conhecimento ao ato não foi lançada nem uma vez até hoje? Os atos não são *jamais* aquilo que nos parecem ser (NIETZSCHE, 2004, p. 89).

Essa advertência de Nietzsche de modo algum invalida a importância dos conselhos médicos para a saúde do corpo. A questão é que todos, médicos e não médicos, parecem se esquecer de que estamos presos num mundo que não é real. O que percebemos do mundo é resultado da interação de nossos sentidos com tudo o que nos envolve. Medimos o mundo a partir de nossas percepções, e como elas condicionam nossas vivências, nossa concepção do mundo é limitada; logo, não poderá jamais ser generalizada. Assim:

Os hábitos de nossos sentidos nos envolveram na mentira e na fraude da sensação: estas são, de novo, os fundadores de todos os nossos juízos e “conhecimento” – não há escapatória, não há trilhos ou atalhos para o mundo *real*! Estamos em nossa teia, nós, aranhas, e, o que quer que nela apanhemos, não podemos apanhar senão justamente o que se deixa apanhar em *nossa teia* (NIETZSCHE, 2004, p. 90).

Se deixássemos de considerar mal, o homem, esse deixaria de sê-lo. Se as

ações consideradas egoístas fossem estimuladas, cultivadas na sociedade, certamente o homem que as praticasse não seria considerado mal e, por conseguinte, reprovável.

O que aconteceu ao longo dos milênios é que fizemos do perigo, do risco, do ilícito, do imoral, da violência, da doença, da guerra, do infortúnio, dos roubos, de tudo o que nos causa mal-estar, de tudo isso fizemos o objeto de nossos pensamentos. Nos ocupamos diariamente com isso. Diferentemente dos gregos, que “numa vida exposta a grandes perigos e reviravoltas, buscaram na reflexão e no conhecimento uma espécie de segurança do sentimento e um derradeiro *refugium*” (NIETZSCHE, 2004, p. 117). Ou seja, em vez de nos refugiarmos das nossas ameaças no pensamento, trouxemos justamente para o pensar aquilo que nos ofende. E por isso *ainda* nem se quer fomos gregos.

As práticas de cuidado com o corpo, de busca de longevidade, de prevenção de doenças, podem ser impulsos da temerosidade que se mascaram intelectualmente nos discursos de verdade oriundos dos mais diversos “ninhos” de crendices. Essas práticas constituem uma ascese, uma ascese que pode ser uma vontade de viver, de afirmação da vida. Todavia, esses impulsos podem, diferentemente, ser o desejo de que:

... seja tirada da vida *toda a periculosidade* que ela já tinha, e que *todos* ajudem a fazê-lo com todas as forças: por isso, apenas as ações que têm em mira a segurança comum e o sentimento de segurança da comunidade merecem o predicado “bom!” (NIETZSCHE, 2004, p. 127).

O tremendo engano dos educadores é a crença de que a vida do homem deve ser consagrada ao conhecimento, de que os indivíduos nasceram para conhecer, de que todos devem ser educados. Por isso é imposta ao homem uma série de conteúdos da matemática, da física, da biologia e da história, por exemplo. Mas, “não esteve ausente em nossa educação toda a reflexão sobre a moral, e mais ainda a sua única crítica possível, as severas e corajosas tentativas de viver conforme essa ou aquela moral?” (NIETZSCHE, 2004, p. 139). O homem, em geral, não é estimulado a duvidar, a perguntar pelos fundamentos das verdades ensinadas.

Em Nietzsche, a moral é um contra-movimento em relação às forças da natureza, já que, para o homem tornar-se “bom”, a sociedade precisa castra-lo. A moral é, assim, algo útil; uma mentira necessária. Para Nietzsche, a verdade não designa uma oposição ao erro, mas uma posição de diferentes modos de olhar. O que fazemos é: observar algo e procurar um motivo, uma razão, uma intenção nisso, e, por conseguinte, alguém que tenha uma intenção. Procuramos um sujeito, um agente. Acreditamos igualmente que certo evento seja consequência de outro. Vemos em cada acontecer uma intenção e o que cristaliza nossa crença na causalidade não é a sequencia de eventos, mas a nossa incapacidade de interpretar um acontecer de outra maneira que não a de que cada acontecer parte de uma intenção prévia.

Mas esse instinto de causalidade é tão somente o temor do não comum, é a tentativa da descobrir, no que não é habitual, algo conhecido; é a procura não pelas causas, mas pelo conhecido. O homem não suporta a dúvida. Essa crença na causalidade é que o faz associar igualmente felicidade à verdade; só que, projetando-se para a verdade, como a um “fim”, fora de si, o homem inventa um mundo no qual trabalha e se empenha em torná-lo real. Entretanto, esse mundo é falso, e falsos são igualmente os valores nele postos. Mas, como nada é mais importante para ele do que se conservar, não-enganar-se, convém-lhe agarrar-se a essas crendices, pois elas lhe proporcionam o bem-estar e a vida tranquila. E as vias pelas quais ele experimentou esse “bem-estar” e essa “vida tranquila”, ele as fixa como caminhos a serem seguidos, e a todo custo quer conservá-los.

Mas esse mundo é um erro:

... o homem procura “a verdade”: um mundo que não se contradiz, que não engana, que não muda, um mundo *verdadeiro* – um mundo no qual não se sofre: contradição, ilusão, mudança – causas do sofrimento! Ele [...] gostaria de procurar para si o caminho que leva até ele (NIETZSCHE, 2008, p. 305).

Assim, a concepção do mundo foi emporcalhada com a ideia de que: “O sofrimento, a guerra, o trabalho e a morte são avaliados como objeções e pontos de interrogação contra a vida, como algo não-natural, algo que não deve perdurar; contra isso se tem necessidade de remédios – e se *obtem!*...” (NIETZSCHE, 2008, p. 135).

Na medicina, é perceptível o esforço empreendido em disciplinar o corpo. O adepto do ideal ascético entende a luta travada contra a doença como algo que depende dele, do “sujeito”. E aí Nietzsche, “derruba-nos” do cavalo. Para o filósofo, a luta é compreendida como instrumento da vontade de poder, como algo sem o qual a vida não pode ser pensada. Viver significa afastar tudo o que degenera a vida. Essa luta está presente em todos os seres vivos e em todas as células do nosso corpo humano, e, não depende de um querer de alguém.

Quando Nietzsche afirma que o mundo é *vontade de potência* ele põe a vida como *morte perpétua* e, desse modo, vê na vida uma eternidade. Em vez da vida *além*, esta vida é eterna porque ela é mudança. Assim, Nietzsche rompe os dualismos platônicos: saúde e doença, vida e morte.

### 2.3 – CONHECIMENTO E MÁ CONSCIÊNCIA

A vontade de atingir a verdade nos seduzirá ainda para muitas aventuras, esta famosa vontade da veracidade, tão venerada por todos os filósofos, que problemas esta vontade já nos ofereceu! Que estranhos, malignos e difíceis problemas! É já uma longa história, e contudo, não parece ter apenas ontem começado? Não é maravilhoso que nos sintamos finalmente desconfiados, percamos a paciência e nos viremos impacientes? Não o é também que tenhamos aprendido desta Esfinge a propor perguntas? Mas, *quem* propriamente nos pergunta agora? Que é que em nós tende à *verdade*? Realmente, vacilamos muito tempo em perguntar a causa desta vontade, tanto que ficamos completamente parados ante uma pergunta ainda mais fundamental. Perguntamos que seria o *valor* desta vontade. Supondo que queremos a verdade, *por que não melhor* a mentira, ou a incerteza, ou a própria ignorância? Apresentou-se em nós o problema do valor da verdade, ou fomos nós em sua busca? Quem de nós é Édipo? Quem de nós é a Esfinge? Isto é um encontro de perguntas e pontos de interrogação. E contudo, quem o acreditaria! Parece-nos até que nunca foi proposto o problema, como se fôssemos o primeiro a discerni-lo, a vê-lo, a afrontá-lo. E há grande perigo em afrontá-lo, e talvez seja o maior de todos os perigos (NIETZSCHE, 2009, p. 12)

A questão de Nietzsche não é *o que é a verdade*? Nem o que é o conhecimento? Mas *para que* a verdade? Desse modo Nietzsche pergunta pelo valor, e assim está perguntando pelo interesse pela verdade e pelo conhecimento. Ora, em geral concebemos a verdade – e essa concepção está presente na Ciência –, como sendo a correspondência ou adequação entre as coisas, ao que chamamos de real. Daí que chamamos de verdadeiro, autêntico o que está em

correspondência, ou seja, concebemos que o “verdadeiro” seja o que demonstra associação entre os fatos. E nesse ponto, Nietzsche pondo “seu dedo” abre uma brecha, quando pergunta: *para quê?* Por que não a *não-verdade*? Por que não *não-saber*? Por que não *não-conhecer*?

Ora, para Nietzsche a *causa* desse impulso pelo “verdadeiro” é busca da certeza, da segurança, do controle e de poder a todo o custo. É isso o que em nós quer a “verdade”. O problema é que esse “querer” pode tornar-se obsessão na medida em que o homem não suporta a vida como sendo constitutiva de incertezas e de inseguranças, ou seja: viver é correr riscos, viver é *perigoso*.

Diante dessa insegurança o que faz o homem? Instaura um projeto de correção ou de ajuste da existência pela via do alcance e triunfo da verdade. Daí assistirmos o surgimento de uma era técnica, de uma racionalidade técnica, e a crítica que Nietzsche faz é o de que desde Platão o ocidente “não pensa”, ele só esquematiza, ele “só calcula”.

Por “cálculo” cabe entender primeiro e sobretudo o esforço e a determinação por estabelecer previamente as condições de controle, de apoderamento, de planificação, de ordenamento de todo o real. Enfim, trata-se de estabelecer com antecedência as condições de completo e absoluto auto-asseguramento na vida, na existência. “Cálculo” significa, portanto: por antecipação estar certo e seguro *de, que e com; por antecipação contar com* – assegurar-se, auto-assegurar-se previamente (FOGEL, 2003, p. 60).

Isso significa, pois, a negação ou recusa de qualquer compreensão da realidade fundada em alguma *experiência* possível. Ou seja, por meio do cálculo o homem crê que livrar-se-á de qualquer desorientação, ele terá onde fincar os pés, poderá se agarrar em alguma coisa, assim o cálculo é sua “tábua de salvação”. Desse modo quando se estimula ou se recomenda que os profissionais da saúde recorram à literatura, por meio de uma técnica própria de leitura, o que se pretende é que eles se apoderem da verdade para que suas práticas sejam seguras, precisas.

Esse conhecimento não é desinteressado, ele é manifestação de interesses. Esse conhecimento não é *puro*, não é *inocente*, não é *imaculado*. Querer é ser tomado por um interessar-se. “Quando se diz: “Eu quero!”, na verdade, está-se dizendo: “Interesso-me!” - inteira e absolutamente” (FOGEL, 2003, p. 103). Mas ouçamos Nietzsche:

E a isto chamo o *imaculado* conhecimento de todas as coisas que nada quero das coisas, a não ser o direito de deitar-me diante delas como um espelho de cem olhos. Ó hipócritas melindrosos e lascivos! Falta-vos a inocência do desejo; e por isso, agora, caluniais o desejo! Em verdade, não como seres que criam, procriam e desejam o devir, amais a terra! Onde há inocência? Onde há vontade de procriação. E aquele que quer criar algo para além de si, esse tem, a meu ver, a vontade mais pura (NIETZSCHE, 2005b, p. 153-154).

Essa “mancha” na busca do conhecimento é o resultado do que Fogel chamou de má consciência no desejo que é a fonte da lascívia que Nietzsche através de seu Zaratustra denuncia. E o que é a má consciência:

Por má consciência se entenderá a consciência da culpa e esta como o remorso, à medida que remorso seja compreendido como o sentimento, insistentemente reiterativo, de reprovação e de recusa em si mesmo (auto-acusação) do feito como o que foi “mal feito” ou como o que “não devia ser ou ter sido feito” (FOGEL, 2003, p. 172).

Bem, hoje se vive na era da técnica e temos um *logos* a ela conectado. Um *logos* que é sentido orientador. Ora, o cartesianismo é a reivindicação e a postulação do “eu” como sujeito, um *sujeito* que como já foi apresentado nada mais é do que uma ficção. Em todo o caso, a apropriação dessa técnica pelo “eu” dando-se pelo conhecimento é a manifestação da busca da certeza e da segurança, de um *ideal*. Trata-se de um processo de objetivação-subjetivação.

Na expectativa de encontrar segurança o homem quer transformar tudo em objeto, em *dado*, coisa pronta à espera de ser constatada, verificada e, tudo isso, nada mais é do que o sentimento de culpa que sussurra sempre que a vida é *indevida*, *algo a ser melhorada*, tendo algo a ser *corrigida*. Esse processo de objetivação-subjetivação está a serviço de um ideal, é o desejo de segurança e controle de metas e finalidades.

Em cada uma dessas novas ciências, em cada novo “sujeito teórico”, porém, concretiza-se o ideal cartesiano da verdade como certeza, quer

dizer, como objetivação (representação subjetiva) e segurança – *ergo* auto-asseguramento (FOGEL, 2003, p. 191).

O que constatamos na ciência moderna é que tudo que está fora do “eu” é tido como manifestação do objeto, e todo o saber, todo o possível se dá pelo esquadramento do que está “fora”, é a redução do mundo ao que é calculado, ao número. O pensar passa a ser compreendido como saber contar. É a tal construção do “objeto científico”.

De onde vem esse desejo infinito pelo verdadeiro? Do sentimento de *impotência*, de *fraqueza*, do sentimento de ser menos forte do que se poderia. Esse sentimento de responsabilidade pela vida não ser o que *deveria* é o sentimento de autoria, de que se é a causa. Daí que o projeto tecnológico verificado na contemporaneidade está empenhado em eliminar da vida tudo o que tem caráter de perigo, ameaçador do *ideal de uma vida* “imersa” na verdade.

Só que para Nietzsche isso um dos quatro grandes erros, é o *erro de uma falsa causalidade*.

O homem projetou para fora de si os seus três “fatos interiores”, aquilo em que acreditava mais firmemente, a vontade, o espírito, o Eu – extraiu a noção de ser noção do Eu, pondo as “coisas” como existentes à sua imagem, conforme sua noção do Eu como causa. É de admirar que depois encontrasse, nas coisas, apenas o *que havia nelas colocado?*(NIETZSCHE, 2006b, p. 42).

O que encontrará ele por trás dos fenômenos? O seu “Eu”. E se a vida não é o que deveria ser, quem será responsabilizado? Sobre quem incidirá práticas de ajuste? De correção por meio do que é considerado *verdadeiro*? O “Eu”. Eis, portanto, o equívoco.

## **TERCEIRA DISSERTAÇÃO**

### **3. 1 – O CONHECIMENTO COMO INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO**

Você acompanha um clínico geral e observa o seguinte caso: um motorista de táxi, 52 anos de idade, queixa-se de dor de garganta e tosse, que começaram há duas semanas, com uma gripe. Ele parou de espirrar, mas continua tossindo, principalmente à noite. O paciente é fumante, fuma muito e muitas vezes foi aconselhado a deixar de fumar. Mais detalhes sobre o histórico e exame físico não revelam qualquer fato especial, além de uma infecção na garganta. Novamente, o médico aconselha o paciente a parar de fumar e prescreve codeína em comprimidos de 15mg, um comprimido 3 vezes ao dia, por 3 dias (OMS, 1998, p. 18).

O exemplo que acima menciono, na íntegra, é um dos 42 exemplos de situações de enfermidades que exigem um manejo clínico, e que a Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizou em um guia chamado *Guide to good prescribing* (Guia para a boa prescrição médica), publicado em 1994,<sup>i</sup> traduzido para o Brasil em 1998. Cada um dos 42 exemplos é empregado com distintos objetivos. No caso do exemplo acima, o Guia apresenta-o como um panorama inicial do processo de seleção de um tratamento com medicamentos.

O Guia, abordando o caso da tosse seca do taxista, começa indagando aos leitores, que são prioritariamente médicos ou estudantes médicos: *Qual é o seu tratamento de escolha para tosse seca?* Para responder a essa questão, propõe ao estudante os seguintes passos: *primeiro*, especificar o objetivo terapêutico e, em *segundo*, fazer um levantamento dos tratamentos possíveis. Na página 18, os autores são enfáticos, como todos aqueles que elaboram guias: *Escolha seu tratamento-I com base na eficácia, na segurança, na aplicabilidade e no custo.*

Para tosse seca, *conselhos e informações* podem ser fornecidos. Pode-se explicar ao paciente que a membrana mucosa não vai sarar por causa da tosse e pode-se aconselhar o paciente a evitar irritações adicionais, tais como fumo ou fumaça do trânsito. Não existe um *tratamento sem medicamentos* específico para esse mal, mas existem alguns *medicamentos* para tratamento de tosse seca. Você deveria fazer uma seleção pessoal, enquanto ainda está na faculdade e depois se tornar íntimo destes “medicamentos-I (individualizados)”. No caso de tosse seca, um supressivo opióide de tosse ou um sedativo anti-histamínico poderiam ser considerados como medicamentos-I em potencial. A última possibilidade terapêutica é *encaminhar* o paciente para uma análise e um tratamento mais detalhados. Isto é necessário no caso de tratamento inicial de tosse seca (OMS, 1998, p. 18).

Observe-se que uma das primeiras recomendações é que o prescritor escolha um tratamento que é, *grosso modo*, individualizado, personalizado, com o qual o prescritor tem uma certa familiaridade. É o que o Guia denomina de Tratamento-I. Só que “Existe uma diferença entre medicamentos-I e tratamento-I. O ponto fundamental é que nem todas as doenças precisam ser tratadas com medicamentos. Nem todo o tratamento-I inclui um medicamento-I!” (OMS, 1998, p. 25). Para escolher o tratamento-I com medicamentos, para eleger medicamentos-I, há todo um processo que o Guia dividiu em cinco passos; trata-se de uma escolha

que constituirá a primeira alternativa para tratar um problema de saúde, sem ter em mente um paciente específico.

Os passos para a escolha de um medicamento-I são apresentados em detalhes das páginas 28 a 32 do Guia. Primeiramente, é preciso que o médico ou graduando em medicina, *Defina o diagnóstico*; no segundo momento que ele *Especifique o objetivo terapêutico*; terceiro, que *Faça um levantamento de grupos eficazes de medicamentos*; o quarto passo é que *Escolha um grupo eficaz de acordo com certos critérios*. Os principais critérios mencionados são: segurança, aplicabilidade e custo do tratamento e, por último, a *Escolha de um medicamento-I*.

Vou tentar, rapidamente, mas sem omitir o que penso ser importante para a compreensão do que pretendo problematizar, apresentar todo o esforço que é exigido e/ou recomendado pela Organização Mundial de Saúde para que seja realizada uma Boa Prescrição de Medicamentos.

O Guia que a OMS elaborou apresentou cinco passos. O primeiro passo, que é a *Definição do problema do paciente*, que nada mais é do que fazer o diagnóstico correto do paciente, vai integrar várias ações e informações: a escuta da queixa do paciente por parte do médico, exames físicos, exames de laboratório, raios X e o resultado de outras investigações. O segundo passo, que antecede a escolha de um tratamento, é a *especificação do objetivo terapêutico*. Ou seja, o médico deve perguntar-se o que ele quer com o tratamento. No capítulo 7 do Guia são apresentados casos e exercícios que auxiliam o treinamento do prescritor neste passo. Nem sempre o objetivo é a cura; a depender da situação, pode ser simplesmente o alívio de sintomas desagradáveis. Os passos subsequentes envolvem, de fato, a *escolha do medicamento-I*, e são bem descritos no capítulo 8 do manual. O médico tem como tarefa: (1) escolher a substância ativa e a forma farmacêutica adequada para o paciente; (2) a posologia adequada; e (3) a duração do tratamento.

Após o cumprimento desses exercícios, após a realização desse passo-a-passo, o médico tem, ainda, e tudo isso dentro da atividade de prescrição, a tarefa de passar uma prescrição. Ora, o que é uma prescrição? “Uma prescrição é uma instrução do profissional que passa a receita para o profissional que vai aviá-la” (OMS, 1998, p. 67). Essa é a definição mais sem rodeios do que seja uma prescrição; uma definição contemporânea no meio biomédico. Mas, é importante

que se diga que o profissional que prescreve a receita nem sempre é um médico; pode ser um paramédico, uma enfermeira, ou um dentista. Isso depende da legislação de cada nação. A receita, conforme o Guia, deve conter as seguintes informações: (1) Nome, endereço, telefone do profissional que passou a prescrição; (2) data; (3) Nome genérico do medicamento, dose; (4) Forma farmacêutica, quantidade total; (5) Rótulo: instruções, cuidados; (6) Nome, endereço, idade do paciente; (7) Assinatura e iniciais do profissional que está prescrevendo.

Ora, a motivação primeira para a elaboração de uma *Boa prescrição de medicamentos* é justamente a de que o objetivo terapêutico, quando há envolvimento de medicamentos, seja atingido; em geral, a cura do paciente, o restabelecimento de sua saúde, a promoção de seu bem-estar. E esse objetivo só poderá ser atingido se o paciente usar os medicamentos prescritos de modo correto, ou seja, conforme às recomendações que o prescritor lhe forneceu no ato da consulta, no momento do encontro entre ambos.

Para que os pacientes façam o emprego dos medicamentos conforme às recomendações dos prescritores, o Guia recomenda aos médicos: “(1) Prescreva um tratamento bem escolhido; (2) Crie uma boa relação médico-paciente; e (3) Gaste tempo que for necessário para fornecer informações, instruções e recomendações” (OMS, 1998, p. 73). Além, disso:

Algumas vezes nem um tratamento bem escolhido ajuda o paciente. Monitorar o tratamento permite que você determine se o tratamento está sendo bem-sucedido ou se outras ações serão necessárias. Para isso, você precisa manter contato com seu paciente. Isso pode ser feito de duas formas. Monitorização passiva quer dizer que você explicou ao paciente o que fazer se o tratamento não for eficaz ou se o tratamento for inconveniente. Nesse caso, a monitorização é feita pelo paciente. Monitorização ativa quer dizer que você marca uma consulta para que você mesmo possa julgar se o tratamento está sendo eficaz (OMS, 1998, p. 79).

Ou seja, após a prescrição o médico deve acompanhar essa intervenção. Deve fazer um acompanhamento, um monitoramento. Para finalizarmos, a última parte do Guia também recomenda que o profissional médico, o médico que prescreve, deve *Manter-se informado a respeito dos medicamentos*.

O conhecimento e as ideias a respeito dos medicamentos estão constantemente mudando. Novos medicamentos entram no mercado e a experiência com medicamentos já existentes se expande [...] Como ficar em dia com a informação? Este problema pode ser resolvido da maneira de sempre: faça um levantamento dos tipos disponíveis de informação, compare as vantagens e as desvantagens; e escolha sua(s) própria(s) fonte(s) de informação (OMS, 1998, p. 85).

O Guia finaliza apresentando as principais fontes disponíveis de conhecimentos, com o que, ele, médico, deve manter-se familiarizado, sempre em contato: desde livros de referências, como *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, de Goodman e Gilman, *The Extra Pharmacopoeia*, de Martindale; passando por formulários terapêuticos e boletins, até revistas de medicina, como *The Lancet*, *New England Journal of Medicine* e o *British Medical Journal* e Centros de Informação sobre Medicamentos. Em todo caso, o médico deve saber escolher entre as fontes. Considerando principalmente a falta de tempo e o grande número de materiais publicados, tornou-se importante a adoção de estratégias para empregar esse tempo o mais eficientemente possível.

Para economizar o tempo, o Guia também lista passos que podem auxiliar o médico prescritor que *deve* manter seus conhecimentos atualizados:

1. Leia o *título* para determinar se ele parece interessante ou útil a você. Se não, passe para o artigo seguinte.
2. Veja quem são os *autores*. O leitor experiente saberá, entre vários autores, quais os que geralmente apresentam informações valiosas ou não. Se não, rejeite o artigo. Se os autores são desconhecidos, dê a eles o benefício da dúvida.
3. Leia o *resumo*. O ponto principal pe decidir se a conclusão é importante para você. Se não, rejeite o artigo.
4. Considere o local para ver se é suficientemente parecido com sua própria situação e decida se a conclusão pode ser *aplicável* em seu trabalho. Por exemplo, as conclusões de pesquisa em hospital podem não ser relevantes em sua clínica. Se o local for muito diferente de sua situação, rejeite o artigo.
5. verifique a seção de "*materiais e métodos*". Você só pode julgar se a conclusão é válida se conhecer e aceitar o método de pesquisa.
6. Verifique as *referências*. Se você conhece o assunto, provavelmente, poderá avaliar se os autores incluíram as referências fundamentais na área. Se elas não foram mencionadas, cuidado com o artigo (OMS, 1998, p. 91).

Bem, creio que já apresentei em traços gerais o que a OMS considera ser uma boa prescrição de medicamentos, e que, de certo modo, creio ser também a

perspectiva dominante na maioria das sociedades ocidentais e nas instituições sanitárias nos dias atuais. Como vimos, é uma atividade que requer do médico um conjunto de habilidades, um grupo de exercícios, um conjunto de esforços que devem convergir para que o medicamento seja empregado de modo tal que a saúde do paciente seja preservada.

É possível observarmos, nas diversas recomendações do Guia, que há um convite que vai “de cabo a rabo”, digamos assim, por todo o manual, que é o de que o médico se engaje na busca de novos conhecimentos e na atualização de seus saberes. E será isso, essa espécie de *dever* em apreender o conhecimento, em atualizá-lo, para o exercício da prática médica, que irei abordar a seguir.

Na perspectiva de que a verdade, a *melhor evidência* é um instrumento da vontade de poder na medicina, é possível olharmos para o Guia da OMS sob outro prisma e fazer outras interpretações. É uma possibilidade de nos colocarmos para *além do bem* e do *mal* e, assim, fazermos uma crítica à moral sem *alguns preconceitos*.

A indagação inicial ao médico que vai prescrever, ou ao estudante médico, é: *qual o tratamento inicial da doença?* Ou seja, com que instrumentos, com quais tecnologias, de que maneira o médico vai combater a doença? De que forma vai auxiliar o corpo a se impor nesse jogo de forças múltiplas que o constitui? E o primeiro passo é: fazer um levantamento das armas que tem à sua disposição, das armas capazes de auxiliar o corpo nesse combate. Escolher a arma mais eficaz, mas segura e de mais fácil acesso ao paciente. Essa arma pode ser um medicamento, mas poder ser o emprego de uma outra estratégia, como, por exemplo, a mudança de comportamento, a adoção de novos hábitos.

Os instrumentos por meios dos quais o médico vai auxiliar o paciente no combate contra a doença vão depender necessariamente do conhecimento que o médico tem da doença. O médico necessita definir com precisão o diagnóstico do paciente e, para isso, fará emprego dos meios a seu dispor. Bastaria citarmos os exames clínicos por imagem, laboratoriais e anatomo-fisiológicos, como meios pelos quais o médico poderá elaborar suas conclusões e afirmar qual a doença que acomete o paciente.

Na relação estabelecida entre essas tecnologias sanitárias e o indivíduo, seja esse médico ou doente, vamos assistir a um processo de subjetivação. Pois,

aqui, o doente se torna “verdadeiramente” doente e o médico “verdadeiramente” médico. Pelo exame, ambos são qualificados. Mas, não só. Além de qualificar médico e paciente, o exame estabelece uma hierarquia necessária para que as práticas de mando e obediência fluam, de modo que as ações prescritivas de medicamentos, de regimes, de restrições e de deveres, encontram nos exames o seu fundamento.

A prescrição, entretanto, requer do profissional de saúde uma certa qualificação. A arte de prescrever é, de certo modo, uma arte de guerrear. Além de saber que armas estão à disposição do médico para auxiliar o corpo, é preciso saber escolhê-las e saber manuseá-las. E essa habilidade o médico vai adquirir junto aos seus professores médicos e junto à literatura. A cada dia, diversos são os modos pelos quais essas armas são empregadas e o seu emprego está associado a benefícios e a efeitos desagradáveis. É justamente sobre essas “experiências médicas” que o prescritor precisa conhecer.

O emprego da literatura aparece na medicina como componente fortalecedor da força que quer dominar. A literatura é uma das fontes das “verdades” que esclarecem prescritores e pacientes sobre as doenças e os modos de dominá-las. O acompanhamento que o médico faz do paciente parece como de uma sentinela que está atenta contra os inimigos da cidade.

Se olharmos, de modo grosseiro, um dos mais consultados *sites* de revisão bibliográfica da literatura médica, o *Pubmed*, encontraremos que nos últimos cinco (05) anos, ou seja, entre 2003 e 2008, foram publicados cerca de 320.411 artigos em jornais médicos em torno do binômio: “doença” *versus* “tratamento” em seres humanos, sendo que, para o mesmo período, temos 1.636 publicações de “recomendações” ou “guias” para o manejo de doenças. Ou seja, temos nesses anos (2003 a 2008) cerca de 64.409 artigos publicados a cada ano, de autoria de médicos e não-médicos, direcionados aos profissionais de saúde como material de suporte no manejo das doenças. Em geral, são artigos que relatam as experiências bem sucedidas de intervenções, experimentações, análises comparativas entre tratamentos, mas, igualmente, relatos de casos clínicos ou de eventos adversos, iatrogenias e relatos de erros médicos, por exemplo.

Esses artigos têm caráter de verdade, e exercem indiscutivelmente efeitos sobre a conduta dos médicos e dos pacientes, principalmente no manejo dos

agravos. A produção da verdade, sua escrita, sua publicação, a incorporação de seus enunciados, das recomendações dos autores, a partir de seus resultados, são algumas das atividades que constituem o que poderíamos denominar o “ciclo da verdade médico-científica”.

A *Boa prescrição médica*, que é a incorporação, por parte do médico, dos achados das investigações médicas e biomédicas, para se efetivar vai exigir que o médico exerça permanentemente aquelas práticas descritas no Manual, e que foram apresentadas anteriormente. O exercício dessas práticas, seja por parte do médico como de outro profissional de saúde, é um dos efeitos dos saberes biomédicos sobre o médico. É que um dos efeitos da verdade é o estabelecimento de hierarquias; ela nasce da *vontade de poder*, de um jogo de forças que é capaz de suscitar mando e obediência. Daí que o emprego de novos tratamentos, das novas maneiras de se fazer diagnóstico, é uma manifestação da *vontade de poder*. Trata-se de efeitos plásticos que a verdade médico-científica exerce sobre as vidas das pessoas, mudando seus comportamentos e/ou produzindo alterações em seu estado de saúde.

Foucault, no dia 23 de Janeiro de 1974, no curso intitulado *O poder psiquiátrico*, fez “uma pequena história da verdade”. Creio que, tomando essa história contada por Michel Foucault, é possível lançarmos um pequeno feixe de luz sobre a questão da verdade médica e de sua relação com a vida humana, com o corpo humano e com os valores. Vejamos o que nos diz Foucault:

Um saber como o que chamamos científico é um saber que supõe, no fundo, que haja verdade em toda parte, em todo lugar e em todo tempo. Ou seja, mais precisamente: para o saber científico, há momentos em que se apreende mais facilmente a verdade, pontos de vista que permitem perceber mais facilmente ou mais seguramente a verdade: há instrumentos para descobri-la onde ela se oculta, onde ela está recuada ou escondida [...] para a prática científica em geral, sempre há verdade; a verdade está sempre presente em toda coisa ou sob toda coisa, a propósito de tudo e de qualquer coisa pode-se colocar a questão da verdade (FOUCAULT, 200bc, p. 301-302).

Foucault inicia a contar essa história da verdade, apresentando-nos o primeiro agente mobilizador da sua gênese, eu diria, uma espécie de princípio fundante da verdade: *a crença de que ela exista*, e de que exista em toda parte, em

todo o lugar, que estamos imersos nela, envolvidos por ela. Um segundo elemento, igualmente presente e que também é uma crença, é a de que é possível achá-la, encontrá-la; como se a verdade estivesse ali, pronta, esperando que alguém venha ao seu encontro, tornando-a conhecida para o “bem” e a “felicidade” de todos. Como não sabemos exatamente como apreendê-la, é necessário desenvolver instrumentos que sejam capazes, de modo preciso, de extraí-la íntegra do subsolo onde ela se esconde. O terceiro elemento é o caráter adquirido por essa atividade, ou seja, o valor que foi atribuído a essa tarefa de descobrir a verdade e apresentá-la ao mundo. O caráter de cientificidade. Temos assim: a crença de que a verdade existe, a de que é possível encontrá-la e o personagem do cientista, aquele personagem que executa essa tarefa.

Ora, mas dizer que a verdade habita tudo e qualquer coisa é dizer também que não há ninguém absolutamente qualificado para dizer a verdade, o que indiretamente quer dizer que não há ninguém que seja desqualificado para dizê-la. A verdade está, assim, ligada a uma tecnologia que Foucault chama tecnologia demonstrativa da verdade, que coincide com a prática científica.

Dizer que a verdade está em qualquer lugar é admitir que é necessário o emprego de instrumentos para removê-la de onde está imersa ou contemplá-la lá onde se aloja. Mas quer também dizer que a verdade tornou-se um objeto de valor, um bem que movimenta indivíduos a conhecê-la, a falar sobre ela, a descrevê-la.

Só que, segundo Foucault, a verdade em nossa civilização tem um posicionamento bem diferente daquele que acreditamos. A verdade tem sua geografia, seu calendário, uma cronologia própria. A verdade está dispersa, aparecendo somente em certos lugares, se revelando apenas a alguns; não é uma verdade que nos espera. Eis um exemplo:

Na velha medicina das crises, [...] na medicina grega, latina, medieval, sempre há um momento para que a verdade da doença apareça; é precisamente o momento da crise, e não há nenhum outro momento em que a verdade possa ser assim apreendida. Na prática alquímica, a verdade não está ali, esperando o momento em que viremos apreendê-la, a verdade passa; ela passa como o relâmpago, rapidamente; em todo caso, ela está ligada à ocasião, *kairós*, é preciso apreendê-la (FOUCAULT, 2006b, p. 303).

Assim, o levantamento grosseiro apresentado anteriormente, acerca da quantidade de artigos científicos publicados em jornais e em revistas médicas, trata-

se de um montante que, se analisado de modo mais detalhado, confirmará essa “geografia da verdade” de que nos fala Foucault. São artigos oriundos de diversos países, publicados em vários idiomas, de distintas instituições com atividades de pesquisa bastante variadas e envolvendo diversos grupos de pessoas. Por isso a verdade, além de uma geografia e de um calendário, ela tem seus mensageiros privilegiados, que utilizam distintos rituais para a proferirem.

Temos, segundo Foucault, duas verdades: a verdade da demonstração científica e a verdade-acontecimento. Entretanto, essa verdade demonstração, a verdade científica, cuja força e poder de interferência sobre as práticas sociais são conhecidos, é, para Foucault nada mais do que um ritual de produção da verdade e “o sujeito supostamente universal do conhecimento na realidade nada mais é que um indivíduo historicamente qualificado” (FOUCAULT, 2006b, p. 305-306) para produzir essa verdade. O que Foucault chamou de arqueologia do saber foi a sua tentativa de demonstrar que a descoberta da verdade é na realidade o modo como a verdade é fabricada.

Podemos olhar para a quantidade de artigos médicos publicados em jornais e revistas como uma eclosão da verdade? Não necessariamente. A proliferação dos discursos médicos, científicos ou não, pode sinalizar um combate, uma batalha, a batalha entre o corpo e a doença, combate do corpo contra a doença, contra aquilo que ameaça sua integridade, sua permanência nesse planeta. Entretanto,

... esse combate tem seus dias determinados, tem seus momentos que são prescritos pelo calendário; mas essa prescrição dos dias da crise é uma prescrição ambígua, no sentido em que os dias de crise de uma doença marcam de fato uma espécie de ritmo natural, que é precisamente característico dessa doença, e só dela. Vale dizer que cada doença tem seu próprio ritmo de crises possíveis, cada doente tem dias em que a crise pode se desencadear (FOUCAULT, 2006b, p. 310-311).

Assim, a publicação de artigos médicos é a eclosão da doença em suas verdades. Digo “verdades”, já que são diversos os ângulos através dos quais a doença é investigada e assim produzindo ou deixando escapar as verdades a seu respeito. A “crise” da doença é o momento em que se pode decidir o seu desfecho, isto é, na cura ou a morte do doente. É aqui que o médico deve intervir. Antes da crise, a doença não é nada. Com a crise, a verdade torna-se realidade, torna-se

verdade. Ora, o que fazem os pesquisadores ao publicarem seus trabalhos investigativos é tornam a doença uma verdade, uma realidade.

Qual é o papel do leitor de artigos científicos, bem como daqueles que publicam? Os que escrevem artigos objetivam, mediante a demonstração da verdade, definir o modo como os médicos devem intervir, o modo como deve proceder para vencer a batalha, para fazer com que o corpo triunfe sobre a doença. O papel do médico, ao tomar conhecimento dessa verdade, mediante a leitura sistemática e seletiva desse arsenal bibliográfico, é o de reforçar a energia do corpo. O corpo, que é um “complexo de forças”, está em combate, e o objetivo do leitor de artigos científicos é o de apropriar-se de uma verdade que lhe possibilitará intervir favoravelmente nesse duelo entre o corpo e o que ameaça sua preservação e conservação. O médico, que é um agente de uma intervenção terapêutica, aparece como um “gerente” do corpo.

A clínica é um olhar constante sobre o doente, entretanto, a partir da recorrência à literatura biomédica, que não cansa de “renovar-se”, é urgente que esse olhar seja *duplo*, isto é: é preciso olhar tanto o doente como os artigos científicos, os livros, as revistas, os jornais, por exemplo. Essa atenção milenar do médico sobre o corpo muda a cada instante, graças à verdade e as suas tecnologias, particularmente: a literatura. A verdade médico-científica encontra nos veículos de disseminação pública um modo de perpetuar-se. Inacabada, não cessa de desenvolver-se.

### **3. 2 – A ALFABETIZAÇÃO SANITÁRIA**

Há um trecho extraído de um editorial de uma revista médica britânica que, creio, traduz com bastante clareza as expectativas contemporâneas que a sociedade tem dos profissionais de saúde, em particular dos prescritores.

A definição de alfabetização sanitária que vem sendo frequentemente usada é a seguinte: “a capacidade que têm as pessoas de obterem, elaborarem e compreenderem informações sanitárias necessárias para tomarem decisões apropriadas” [...] Um estudo realizado em dois hospitais públicos com pacientes de língua inglesa mostrou que um terço não sabia ler e compreender os materiais relacionado à saúde, 42% não sabia por que se

deve tomar medicamentos com estômago vazio, e 60% não compreendiam o formulário para o consentimento informado. Existem poucas possibilidades que esses pacientes entendam a natureza das doenças que os afligem, ou saibam como usar os medicamentos, ou como mudar o estilo de vida para obterem um melhor bem-estar, a menos que sobre eles seja investida uma maior atenção tanto no fornecimento de informações como em torná-las compreensíveis. O problema reside no fato de que os médicos, os (as) enfermeiros (as) e os demais profissionais de saúde, todos com um elevado grau de instrução, geralmente não compreendem que aquilo que para eles é óbvio não o é para os pacientes [...] Os pacientes necessitam de informações compreensíveis e adequadas, que permita-os melhorar o estilo de suas vidas, de cuidarem de suas doenças, e participarem ativamente de decisões complexas relacionadas a terapia. Uma melhor alfabetização sanitária na escola, uma melhor escrita dos materiais sanitários e profissionais de saúde com formação mais adaptada a educar os pacientes podem ser de grande ajuda. Mas o esforço principal para se atingir tal objetivo deve ser do médico e de outros profissionais por meio da dedicação de um pouco mais de tempo no final da consulta de modo a verificar que o paciente compreendeu os pontos importantes da conversa, e de que possibilitar-lhe liberdade para pedir explicações (**Taking health seriously**. [Editorial]. *The Lancet* - Vol. 366, Issue 9480, 9 July 2005, p. 95, tradução nossa).

O texto pretende chamar-nos a atenção para o fato de que os pacientes correm o risco de cometerem graves erros e, por conseguinte, de terem seu estado de saúde agravado, se não receberem informações sobre como gerenciarem seu estado de saúde. O editorial acima pretende alertar que há uma clara necessidade de que todos, mesmos os pacientes de países ditos “desenvolvidos”, sejam alfabetizados em saúde. Sejam os profissionais de saúde, sejam outros agentes educacionais, todos devem ser envolvidos num processo de alfabetização sanitária, caso contrário os pacientes ou aqueles que venham a adoecer irão manejar de modo incorreto ou inadequado suas doenças. Ou seja, estamos vendo aqui a concepção de que a educação é indispensável para a preservação do corpo sadio e para a cura das doenças. Além do que, é imprescindível dar às pessoas uma educação que lhes possibilite administrar suas enfermidades, seus tratamentos, em suma, seus corpos.

Não é somente o olhar do médico sobre a doença que *deve mudar*, mas também o olhar do doente. Essa mudança é crucial para a clínica, pois:

Antes de ser o encontro do doente com o médico, de uma verdade a decifrar com uma ignorância, e para poder sê-lo, *a clínica deve formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado* (FOUCAULT, 2004b, p. 63).

O papel do médico em descobrir a doença no doente, oculta como um criptograma é, agora, em parte, compartilhado com o doente. O médico deve dispor da verdade adquirida, deve apresentá-la para que ela exerça seus efeitos.

Observe-se que temos, primeiro, muitas informações sobre as doenças e sobre seus tratamentos, todos os dias sendo publicadas e/ou disseminadas em diversos meios; e temos ainda a sociedade, que clama para que esses profissionais se engajem numa atividade de repasse desses saberes a seus pacientes. Além do mais, o editorial traz um conceito, que me parece interessante, o de alfabetização sanitária, que, segundo os autores, seria “*a capacidade das pessoas em obterem, elaborar e compreenderem informações de saúde básicas necessárias para tomarem decisões apropriadas*” (grifos meus).

Nesse sentido, haveria um *a priori*, o de que os pacientes são geralmente desprovidos dos conhecimentos necessários para manejarem adequadamente suas afecções e/ou doenças, já que não dispõem dos mesmos instrumentos, das mesmas fontes e nem da mesma habilidade que têm os médicos e os demais profissionais de saúde. Daí que os pacientes devem manter contínua relação com os profissionais de saúde para obterem aquelas informações que, quando bem compreendidas, lhes possibilitarão, em seu dia-a-dia, a tomada de decisões apropriadas. Desse modo, os editores da revista reconhecem os profissionais de saúde como agentes pedagógicos; mas não só isso, eles afirmam a importância do conhecimento para o manejo da doença e reclamam um exercício: o do repasse de informação, o da instrução, o do esclarecer, o de tirar as dúvidas dos pacientes sobre o tratamento de suas doenças.

O editorial do *The Lancet* apoia-se na crença de que a cura e/ou o tratamento de uma doença só é, também, possível com o repasse de informações e conhecimentos, e isso numa relação onde estão presentes, no mínimo, duas pessoas: uma, que detém o “conhecimento”, uma técnica, um saber científico privilegiado, e que *deve* exercer a tarefa de repassar com qualidade, com atenção, os conhecimentos e informações relacionadas às doenças, do modo como delas se pode proteger e quais as possibilidades de tratamento; outra, considerada como desprovida desse saber racional técnico-científico, que corre o perigo de não se curar, de não se recuperar de seu estado mórbido, de não se salvar<sup>17</sup>, se não

---

<sup>17</sup> O termo salvar-se vem do verbo *sózein* (salvar), que, primeiro, significa livrar-se de um perigo de ameaça. Por exemplo, salvar-se de um naufrágio, salvar-se de uma derrota, salvar-se de uma

compreender e seguir as orientações *a serem* fornecidas pela primeira. A primeira (no caso, os profissionais de saúde) deve engajar-se na tarefa de ensinar, de repassar, de disseminar, de fazer circular um conhecimento que pode evitar o adoecimento e até mesmo a morte. A segunda, por sua vez, deve ser sensibilizada para obedecer às recomendações fornecidas, seguir os conselhos, as instruções. A segunda pessoa deve ser persuadida a seguir os conselhos e informações fornecidas.

Observe-se que a informação em saúde aparece como uma ferramenta que pode afirmar a vida, conservando-a, preservando o homem e a sociedade de experimentarem infortúnios, sofrimentos causados pelo adoecimento. Assim, o objetivo final do engajamento dos profissionais de saúde, tanto na produção como no repasse de informações, está associado à convicção de que essas podem salvar o corpo, preservar a vida orgânica, biológica, objeto da intervenção biomédica. Observe-se também que a informação em saúde surge como uma espécie de argamassa que condicionaria o estabelecimento de uma relação entre os que as elaboram e os que a fornecem, e entre os que as fornecem e os que as utilizam.

Em todo caso, e de modo bem específico, as instruções que devem ser repassadas pelos profissionais de saúde aos seus pacientes, de que fala o editorial, são aquelas informações relacionadas ao manejo da doença. Em geral, são informações sobre o modo como usar os medicamentos prescritos, que tipos de alimentos podem e devem ser ingeridos, os cuidados com o corpo (repouso, higienização, a prescrição de atividades físicas, por exemplo), bem como o estabelecimento de uma agenda para o acompanhamento do doente pelo profissional, ou pela instituição onde deverá ser acompanhado.

Ora, na maioria das vezes, a conduta adotada pelos profissionais de saúde está pautada em achados clínicos obtidos por meio de exames. Do corpo são retiradas pequenas porções: células, secreções, sangue, excreções (fezes, urina, por exemplo) etc., e o corpo é percorrido por um certo olhar, um olhar invasivo,

---

doença. Em outros momentos, pode significar (segundo grande campo de significações): guardar-se, proteger-se, manter-se em torno de algo que lhe permitirá conservar-se no estado em que está. Num terceiro sentido significa fazer o bem, quer dizer, assegurar o bem-estar, assegurar o bom estado de alguma coisa, de alguém ou de uma coletividade. Foucault vai tecer uma profunda reflexão sobre o tema do cuidado de si mesmo e tomará o significado de “salvar a si mesmo”, o salvar-se, como sendo o escapar a uma dominação ou a uma escravidão; escapar a uma coerção pela qual se está ameaçado, recobrar a liberdade, recobrar a independência. “Salvar-se” pode significar uma atividade que se desdobra ao longo de toda a vida e cujo único operador é o próprio sujeito (FOUCAULT, 2004c, p. 225-226).

capaz de penetrá-lo e de trazer à luz o que o olho humano não pode identificar: tomografias computadorizadas, radiografias, endoscopias, radiodiagnósticos etc. Um modo único de fazer o corpo falar sobre o que o doente não pode expressar em palavras. Estamos falando do exame, e o exame, dirá Foucault:

É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece entre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados [...] Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade [...] A superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho visível (FOUCAULT, 2004, p. 154).

Assim, os profissionais de saúde, ao repassarem conselhos e informações aos seus pacientes, têm como objetivo promover a correção ou normalização dos desvios corpóreos apontados pelos exames clínicos, trazer ao normal aquela porção do corpo que se desviou do padrão, aquilo que é considerado ameaçador à sua saúde. E essa me parece ser uma, dentre outras, das expectativas dos indivíduos junto ao médico, em seu confronto com a doença. Será a partir do exame que o médico se constitui como aquele que há de exercer efeitos de ordenação, de correção, e o indivíduo que se queixa é, nessa relação estabelecida, o anormal a ser corrigido pelo saber médico. Ambos, médico e paciente, assujeitando-se a processos de registros, são inseridos num processo normalizador. Aliás, “antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado” (FOUCAULT, 1998, p. 83).

Outro aspecto que também nos foi apresentado pelos editores do *The Lancet*, é o fato de que as informações sobre o tratamento das doenças não estão sendo fornecidas na qualidade e na quantidade que deveriam. Se os pacientes ou doentes não cuidam de si mesmos, é porque não são esclarecidos, é porque não recebem informações com qualidade, e o pior, permanecem em estado de analfabetismo sanitário. Temos aqui um elemento central à nossa discussão: o *analfabetismo sanitário* e as implicações com o *adoecer*; pode até parecer agressivo, mas poderíamos substituir *analfabetismo sanitário* por ignorância; sim, teríamos, segundo os autores uma relação entre ignorância e adoecimento, pois a alfabetização em saúde é concebida como um processo que consiste *também* no

repassa de um determinado tipo de saber, o saber sobre a saúde e a doença, sobre seus tratamentos, sobre os modos de evitá-la.

O “esclarecimento” depende do repasse de uma informação clara, numa linguagem de fácil compreensão e de assimilação e, sobretudo, capaz de receber uma adesão tanto por parte dos doentes e/ou pacientes, como também dos indivíduos ainda saudáveis, mas potencialmente capazes de adoecer. Podemos dizer que a alfabetização sanitária é a formação de um sujeito capaz de administrar o corpo sadio, mas, sobretudo, o corpo doente; de alguém que saberá *o que* fazer diante da doença, alguém que saberá o que fazer para permanecer sadio. Teríamos aqui alguns dos elementos do platonismo, abordado na minha Primeira Dissertação.

Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a *autoperitagem*. O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade. Na base desse processo está a compreensão do *self* como um projeto reflexivo. O autogoverno e a formação de bio-identidades se dão através de toda uma série de recursos reflexivos e de práticas de bio-ascese (manuais, terapia, *fitness*). A reflexibilidade é o processo de taxaço contínua de informação e peritagem sobre nós mesmos (ORTEGA, 2005, p. 155).

Mas o alfabetismo sanitário, ou a alfabetização sanitária, de que falam os editores do *The Lancet*, não se dá somente pelo repasse de informações por parte dos profissionais de saúde. A alfabetização sanitária é também compreendida como a habilidade dos indivíduos de *obterem* informações. Ou seja, os indivíduos devem se empenhar em encontrar conhecimentos que lhes sejam úteis no manejo ou na prevenção de doenças. De fato, o que se constata é que a sociedade contemporânea, mobilizada por uma cruzada pela busca da saúde perfeita, vai se encontrar imersa num dilúvio de informações, dados, dicas, recomendações e aconselhamentos sobre “como” viver, “estilos de vida” a serem adotados para que não se adoça. Basta considerarmos as toneladas de material impresso e/ou digitalizados que são postas em circulação no cotidiano como material de consumo, tanto aos profissionais de saúde como à população em geral.

A reflexibilidade de que fala Ortega é uma prática instigada *pela* e *para* a sociedade, na crença de que esta se constitua como saudável. A saúde é, assim,

concebida como resultado de uma racionalidade que encontra no consumo das informações seu combustível constituinte. Desse modo, o alfabetizado em saúde é uma espécie de consumidor consciente, do tipo que sabe escolher bem as “mercadorias” expostas à venda, sabe apreciá-las e, sobretudo, a elas obedece porque acredita que nelas encontrará segurança. As informações sanitárias constituem um conjunto de promessas que têm na racionalidade técnico-científica seu apoio, de modo que a elas é prestado um tipo de “culto”, já que a causalidade verificada entre as verdades que anunciam e os fatos, as elevam a uma condição de irrefutabilidade. É a verdade aparecendo como um *ideal*.

Na sociedade da auto-peritagem, o corpo não pertence ao indivíduo, mas aos *mass mídia* que o governam, que o fazem movimentar-se na frequência e na intensidade suficiente para expurgá-lo de deformações, que o fazem ingerir o que está fixado na tábua das novas leis, um *cardápio* fabricado para se obter um corpo perfeito.

Num CIM, ou mesmo num campo de cunho científico como o da epidemiologia clínica<sup>18</sup>, onde as informações sobre saúde são tão emergenciais, manter-se “atualizado” é uma condição fundamental para o exercício das práticas de cuidado sobre o corpo. Existem verdades estabelecidas pela epidemiologia clínica, verdades institucionalizadas a partir do confronto das práticas médicas com os pacientes, que constituem regimes de conduta. Regimes esses que são empregados como instrumentos de discriminação dos comportamentos humanos, sejam dos médicos ou de seus doentes. Assim, os termos “não-razional” e “incorreto” dados a um comportamento, pressupõem a crença de que há uma “Verdade”, um *bem*, um caminho correto, e que este *deve* e *pode* ser alcançado se todos, médicos e não-médicos, se submeterem aos procedimentos de descoberta dessa verdade, aos conhecimentos e às evidências neles e por eles produzidos.

---

<sup>18</sup> A Epidemiologia clínica “é a ciência que faz predições sobre pacientes individuais contando eventos clínicos em pacientes similares e usando métodos científicos sólidos, em estudos de grupos de pacientes para assegurar que as predições sejam corretas. O objetivo da epidemiologia clínica é desenvolver e aplicar métodos de observação clínica que levem a conclusões válidas, evitando ser enganado por erro sistemático e aleatório. É uma abordagem importante para obter o tipo de informação que os clínicos precisam para tomar decisões acertadas no cuidado de seus pacientes. O termo *epidemiologia clínica* é derivado de suas duas disciplinas mães: medicina clínica e epidemiologia. É “clínica” porque procura responder a questões clínicas e guiar decisões clínicas, com base nas melhores evidências disponíveis. É “epidemiologia” porque muitos dos métodos utilizados foram desenvolvidos por epidemiologistas e porque o cuidado de pacientes individuais é visto no contexto da população maior da qual o paciente é um membro” (FLETCHER, et cols, 1996, p. 12).

### 3. 3 – IGNORÂNCIA E RISCO DE ADOECIMENTO

Se considerarmos que existem pessoas que não têm acesso à essas informações, de que existem pessoas que não têm nem sequer acesso aos profissionais de saúde, e de que existem até mesmo profissionais de saúde que não recebem informações atualizadas sobre o tratamento das doenças, sobre os aspectos farmacoterapêuticos, que não têm acesso a tecnologias para um melhor diagnóstico da doença; assim, nessas condições, como pensarmos em uma *correção* dos desvios, como pensarmos num alfabetismo? Ora, o não acesso à verdade médico-científica pode se constituir numa desproteção. O indivíduo que não a conhece não poderá a ela obedecer e, conseqüentemente, não poderá experimentar seus efeitos “protetores”, podendo assim adoecer, se prejudicar. É a ideia do risco. O risco é a possibilidade de prejuízo, e a obediência vem atrelada ao comando que, nesse caso, encontra-se revestido do conhecimento, da informação. A informação sobre aspectos sanitários tem caráter de palavra de ordem.

O risco é o conceito organizador da maioria das práticas médicas. Ele está presente em quase todas as publicações leigas e médicas. Basta pensarmos que os cadernos sobre saúde, presentes em jornais comerciais são, sem dúvida, inteiramente voltados para o risco:

...uma nova vacina contra a catapora cuja eficácia ainda não foi comprovada; uma série de erros no rastreamento de câncer de colo uterino coloca as “vidas das pacientes em risco”; o risco de transmissão de hepatite B pela transfusão de sangue; o fracasso de uma vasectomia; a preocupação de que a anestesia peridural administrada durante o parto possa causar danos aos bebês; o temor de que a encefalopatia espongiforme bovina possa ter sido transmitida para a espécie humana na forma de doença de Creutzfeld-Kakob; dúvidas sobre a eficácia de drogas prescritas para o controle da hipertensão arterial; dúvidas sobre a precisão do diagnóstico da hipertensão arterial e elagações de que ela pode subir quando esta sendo medida; afirmações de que “o atual programa governamental de triagem [de saúde] não se justifique pelos resultados”; um sorteio realizado para escolher quem receberia uma droga rara e não testada para o tratamento da esclerose múltipla; e um membro do parlamento que morreu enquanto aguardava um transplante de coração, sendo a redução do número de doadores atribuída à lei do cinto de segurança. Até mesmo as páginas de jardinagem estão combinadas por problemas de tomada de decisão frente à incerteza: combinações de solo, clima, topografia, fungicidas e inseticidas *podem* ser propícias a esta planta e não àquela outra (ADAMS, 2009, p. 35).

Todos os dias somos abordados por diversas “provas” que, neste mundo, nada é certo, a não ser a morte. Em qualquer situação, nossas decisões envolvem a ponderação das possíveis recompensas de uma ação contra as consequências adversas a elas associadas, segundo os postulados da ciência. São as condutas consideradas “não esclarecidas”, ao que poderíamos denominar de condutas “médico-transgressivas” – fumar, ter relações sexuais sem proteção, ingerir alimentos gordurosos, sedentarismo etc. Tais condutas acabam provocando, da parte dos profissionais de saúde e de pesquisadores, uma inflação de enunciados explicativos, associando essas condutas a experimentações de adoecimento. Temos, aqui, um modo curioso de como a vida condiciona-se à moral. Na expectativa de atenuar o conflito, uma política de racionalização e de condução da vida é instaurada. Assistimos à instauração e ao desenvolvimento de uma concepção de que é necessário informar a sociedade para que os indivíduos mudem seus hábitos, seus comportamentos sexuais, seus modos de alimentarem-se, de viver. Trata-se de uma ideia policial, de controle social, nascida dentro de uma batalha para exercício do poder.

O objetivo, pois, do repasse de informações em saúde aos indivíduos, é fazer com que esses se tornem hábeis em gerenciarem o risco em suas vidas, no sentido de reduzirem as chances de experimentarem danos. A vida torna-se gerenciável, empresa. Desse modo, os “informados”, cada um com seu programa pessoal, aprendem a administrar a empresa da vida ao comerem, beberem, amarem, odiarem, andarem, dirigirem, investirem, jogarem, economizarem, estudarem, trabalharem, lutando por uma condição de saúde e felicidade em um mundo do qual estão convencidos de que é incerto.

Na sociedade do risco<sup>19</sup>, é inadmissível que o perigo não seja conhecido. Verificamos que um dos objetivos daquilo que Foucault denominou de biopoder é o de fazer com que os indivíduos, a massa de modo geral, sejam atingidos pelos processos de disseminação e internalização do saber biomédico. Como disse

---

<sup>19</sup> Esse termo foi cunhado por Ulrich Beck em sua obra publicada em 1986, sob o nome de *Risikogesellschaft*, disponibilizada em inglês com o título de *Risk Society* em 1992, exercendo profundas influências sobre as discussões sobre o risco. Para Beck, “aquilo que nós chamamos de natureza há muito se integrou ao processo de industrialização e vem se transformando em riscos e perigos que são negociados no processo de socialização e se desdobram em uma dinâmica política autônoma. Esse fato eu denomino *sociedade de risco* ou *sociedade mundial do risco*” (BECK, 2003, p 24).

anteriormente, esses processos de “conscientização” sanitária dão-se entre dois distintos grupos de pessoas. Um grupo, os dos *especialistas*, que conhece sobre um determinado tipo de risco, e um outro grupo, os das *pessoas leigas*, que elabora uma avaliação prévia de suas condutas e, geralmente, é bem divergente daquela dos peritos. Assim, o risco conhecido pelos especialistas é o *risco* que é calculado, estatístico, e, por isso, objetivo. Por sua vez, o risco que é antecipado pelas pessoas, conhecido pela somatória de suas vivências com as informações que obtém dos especialistas, é chamado de *risco percebido*.

O que me parece importante salientar aqui, é o fato, indiscutível, que as pessoas veem o mundo de formas diferentes, e por isso se comportam de maneiras distintas. Em geral tendemos a nos associar com espíritos semelhantes no intuito de reforçarmos nossas perspectivas particulares sobre a realidade e sobre o risco em particular. Sob esse olhar, tanto aquele risco percebido pelas pessoas, como o risco estatístico, objetivo, são inerentemente subjetivos. Por isso, o maior problema na mensuração do risco é o fato de que as pessoas, dos modos mais diversos, modificam seus comportamentos de vigilância sobre si mesmos de acordo com a exposição que fazem ao perigo, em resposta, justamente, às percepções sobre o risco.

John Adams, em sua obra publicada no Brasil em 2009, denominada de *Risco*, na intenção de explicar sua construção cultural, traz um modelo que mostra o que ele chama de “circularidade das relações que frustram o desenvolvimento de medidas objetivas do risco”, ou o “Termostato” do risco (cf. Anexo 2).

Para Adams, segundo o modelo do “Termostato”, o equilíbrio é um ajuste que varia segundo os comportamentos dos indivíduos ou grupos de indivíduos. Alguns obtêm prazer vivendo sob o perigo, como aqueles que tem relações sexuais sem proteção com indivíduos portadores de doenças que podem ser transmitidas sexualmente; outros gostam de viver tranquilamente, como os pacifistas. Tanto a falibilidade humana – característica intrínseca do ser humano de cometer erros – como a sua propensão a correr riscos são, em geral, consideradas as causas que originam os acidentes. Tomo por acidentes todos os resultados das condutas humanas que resultam em danos físicos e/ou psíquicos ao homem, bem como ao meio em que esse vive. Esse raciocínio, porém, está profundamente baseado na crença de que a responsabilidade por esses infortúnios seja a natureza humana.

A princípio, admite-se de que ninguém queira um acidente; argumenta-se que, se um infortúnio acomete uma pessoa, esse é resultado primeiro do desconhecimento que esta pessoa tem sobre o perigo associado à conduta adotada, uma ignorância dos fatos, do *risco objetivo*. Assim, na prática, o que se pretende não é, segundo Adams, o equilíbrio entre custos e benefícios do risco, mas que o indivíduo, gerenciando sua vida reduza a frequência dos acidentes; logo, do risco.

Adams ainda menciona o *Homo prudens*, que é o que ele chama do homem do risco zero, “a personificação da prudência, da racionalidade e da responsabilidade” (ADAMS, 2009, p. 50). Ora, o *Homo prudens* seria, na perspectiva de Foucault, o homem que luta constantemente para não errar, aquele que busca internalizar os ensinamentos, as dicas, os avisos de perigo, as normas do bem viver e que, toda vez que falha, confessa sua falta. Mas como se dá essa confissão?

Na contemporaneidade, diferentemente daquilo que se verificou por dezenas de anos na sociedade ocidental, em que as faltas eram confessadas pelo exercício de uma oralidade: a do crente ao sacerdote, dos filhos aos pais, dos estudantes a seus mestres, do infrator ao juiz; o que temos é uma confissão do erro que se dá mediante os registros. É o caso, por exemplo, da fotografia do excesso de velocidade em uma auto-estrada; pela condução de um veículo sob o efeito do álcool, que é comprovado pelo uso do bafômetro; do diagnóstico de uma doença, verificada pela coleta e análise sanguínea ou por exames físicos. Observe-se com esses exemplos que todo infortúnio é seguido de um inquérito. Esta é a busca de uma garantia de que nunca mais as práticas de desobediência ocorram novamente.

Com relação às recompensas, essas vêm numa variedade de formas: saúde, elogios, sensação de poder, satisfação da curiosidade ou da experimentação dos efeitos da adrenalina. As perdas, por sua vez, variam muito mais do que as recompensas. Segundo o modelo de Adams, quanto mais riscos uma pessoa corre, maior, em média, serão as recompensas e também as perdas. Se tomarmos o caso do tabagismo, uma prática bastante estudada em todos os continentes, e os riscos a ela associados, temos desde o câncer de pulmão, que geralmente leva a óbito os fumantes, até insuficiência respiratória, disfunção erétil, mutilações de membros e uma enorme custo para o sistema público sanitário. E é justamente visando a redução dos gastos públicos com os infortúnios decorrentes das práticas de dano, que o Estado adota a estratégia de informar sobre saúde os seus

governados.

As previsões do comportamento das enfermidades e das doenças, tão privilegiadas pela medicina preventiva, é que constroem na sociedade a sua percepção de ameaça, que, por sua vez, influencia os orçamentos para as pesquisas, para a elaboração e adoção de estratégias para as mudanças dos comportamentos das pessoas, e estas, por sua vez, influenciarão umas às outras. Por isso tudo, John Adams dirá: “A incansável busca da redução do risco transformou a segurança em uma enorme indústria” (ADAMS, 2009, p. 65). Assim, enquanto não se descobre a vacina contra a AIDS, os indivíduos exigem educação para o sexo, instrução moralizante e camisinhas. Enquanto não são descobertos meios de extrair-se os genes *que tornam* a espécie humana susceptível a doenças como a hipertensão arterial, neoplasias e diabetes, a educação constitui-se numa espécie de vacina universal contra as mesmas.

A crença constituinte dessa indústria da segurança é a de que quanto mais bem informadas são as pessoas sobre o perigo e quanto mais hábeis elas forem em seus julgamentos – a autoperitagem sinalizada por Ortega –, menor será a exposição que farão às circunstâncias, aos fatores de risco. Só que a segurança, dirá Foucault, “a segurança é uma certa maneira de acrescentar, de fazer funcionar, além dos mecanismos propriamente de segurança, as velhas estruturas da lei e da disciplina” (FOUCAULT, 2008b, p. 14). Assim, para a indústria da segurança, o claro objetivo de reduzir os níveis diversos de ignorância ou de analfabetismo é alcançado com a disseminação do saber, com a redução do desconhecimento, ele mesmo, tão danoso ou superior à própria exposição ao perigo.

Penso que nos dias atuais a impossibilidade de acesso a verdade médico-científica pode se dar de alguns modos. Creio que uma das possibilidades para não se conhecer a verdade médico-científica é, primeiramente, a incapacidade de decifrá-la. Refiro-me à falta de habilidade em decodificar a verdade, a impossibilidade de ler seus registros, de interpretá-la. Basta pensarmos que, no Brasil, por exemplo, segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (cf. **Mapa do analfabetismo no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>), a taxa de analfabetismo entre pessoas com idade acima de 15 anos, segundo os dados disponibilizados pelo INEP naquele período foi de 13.6, ou seja, para cada 10 brasileiros, 01 (um) não sabia ler. Em 2000, segundo

esse o mesmo órgão, cerca de 16.295 milhões de pessoas com idade acima de 15 anos tinham comprometida a capacidade de gerenciarem riscos, já que, *a priori*, tinham dificuldade de usar adequadamente as informações circulantes sobre doenças. As verdades podiam até está diante de seus olhos, mas não eram capazes sequer de reconhecê-las. Elas, lhes sendo inacessíveis, não podiam exercer sobre elas seus efeitos. Elas escapam da verdade. E o não estar sob seus efeitos é, na perspectiva biopolítica, estar numa situação de desproteção, de perigo.

O analfabetismo é, na medicina preventiva<sup>20</sup>, uma condição de vulnerabilidade, de risco de adoecimento, já que a ignorância abre, para aquele que não sabe nem sequer ler, inúmeras oportunidades de experimentar a enfermidade e a doença. O analfabetismo é, ele mesmo, um desvio, uma anormalidade. Esse analfabetismo, segundo o INEP, tem a sua geografia; ele está localizado, ele tem seus susceptíveis. No Brasil ele se concentra predominantemente na Região Nordeste, com uma taxa de 24,3 percentuais; ou seja, para cada 10 brasileiros, 02 (dois) não sabem ler. E será essa localização da ignorância que justificará uma redistribuição da verdade, uma disseminação do saber, uma política de alfabetização que promova a circulação da verdade. Só que essa circulação da verdade, essa disseminação geográfica do saber, ocorre simultaneamente aos processos de ensino da leitura e da decodificação da verdade médico-científica. É o caso, por exemplo, do surgimento dos diversos Centros de Informação sobre Saúde em todo o mundo.

Sob uma perspectiva foucaultiana, sabemos que a circulação da verdade, que sua disseminação tem efeitos de subjetivação. Basta pensarmos que estas informações serão capazes de constituir uma moralidade, pois são compreendidas como portadoras de um valor, de uma norma que não pode ser contrariada, negligenciada e muita menos desobedecida. Trata-se de uma informação cujo não seguimento articula o indivíduo à doença, já que o seu não cumprimento traz para o infrator a “promessa” de padecer do infortúnio do adoecimento.

Mas essa subjetivação vai se dar na relação entre o sujeito e uma racionalidade; melhor dizendo, entre o sujeito e uma verdade; uma verdade que pode ter sido adquirida pelos processos de escuta e/ou de leitura, ou que pode ser aquela somatória de suas experimentações. Assistimos à constituição, em nossos

---

<sup>20</sup> Medicina preventiva é “A ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência” (BARBOSA, 1994, p. 501).

dias, do estabelecimento de uma sociedade que é alvo de um contínuo assédio de uma vontade de educar, de esclarecer, de informar, de saber, de fazer circular, de disseminar questões relacionadas à saúde, ao cuidado com o corpo, à preservação e à conservação da vida. Uma busca frenética pela longevidade, pela saúde e pela preservação do corpo. E, esse movimento não tem à sua frente médicos ou cientistas isolados.

Em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou um livro intitulado: *Construindo uma saúde melhor*, cujo sub-título nos diz com muita precisão o objetivo: *Um guia para a mudança de comportamento*. De autoria do Médico David Jenkins, o livro em versão portuguesa chegou ao Brasil em 2007, e é dividido em cinco partes, das quais uma em particular, a última, expressa a provocação do autor a seus leitores: “A boa saúde é alcançável e sustentável?”, mas a optar pela “verdade” é uma questão de pura escolha?

Embora o homem sinta os impulsos corporais impelindo-o por prazeres, na perspectiva platônica, considerados inferiores (os prazeres da carne), o homem tem a capacidade de escolher. Mas, seja qual for sua escolha, haverá consequências. Se optar pelo desprezo das recomendações sanitárias, correrá o risco de adoecer. Ora, foi essa associação entre doença e práticas de desobediência, entre doenças e falta de disciplina, entre doença e ignorância, que origina, entre outras coisas, os discursos médicos de proteção da sociedade. Nesse sentido, David Jenkins dirá que:

Quando o público – e os profissionais de saúde – pensam sobre as causas de morte, pensam sobre coisas como doença cardíaca, câncer, doença do fígado ou acidentes com veículos motorizados. Esses são apenas diagnósticos finais, contudo. Quais são as verdadeiras causas que levam a esses desfechos?

As dez “verdadeiras” causas principais de morte

- uso de tabaco
- nutrição inadequada ou excessiva (hábitos dietéticos)
- exercícios aeróbicos inadequados
- consumo excessivo de álcool
- falta de imunização contra agentes microbianos
- exposição a venenos e toxinas
- armas de fogo
- comportamentos sexuais arriscados
- trauma por veículo motorizado
- uso de drogas ilícitas

A boa notícia é que todas essas causas podem ser reduzidas pela mudança

de comportamento e pela mudança social (JENKINS, 2007, p. 19-20).

Ou seja, a real causa de morte, para David Jenkins e para a OPAS, é o comportamento do homem. Ele, o homem, deve mudar, deve abandonar condutas e hábitos “maus” e adotar outros, se quiser viver. Daí que Jenkins dirá que a educação constituir-se-á numa espécie de “vacina universal”; ou seja, é preciso “imunizar” todos os indivíduos mediante a educação.

A educação é a “vacina universal” para o século XXI? Não totalmente, é claro, mas seu avanço disseminado na saúde têm sido suficientemente documentado em todo o mundo. Na verdade, podemos alcançar benefícios mensuráveis em saúde a médio e longo prazo ao acreditar – pelo menos parte do tempo – que a educação é a vacina universal (JENKINS, 2007, p. 108).

Ora, a vacina não exerce seus efeitos imediatamente quando administrada ao corpo humano. A vacinação consiste em expor o corpo humano a “agentes” cuja presença induzirá o corpo a produzir “defensores”, mediadores de proteção contra os agentes, caso esses entrem em contato com o corpo em um momento posterior. Isso é, *grosso modo*, a imunização. Quando David Jenkins disse que a educação é uma vacina, certamente está afirmando que ela tem caráter de proteger a sociedade contra a doença, que a educação tem a capacidade de tornar o *corpo social* imune contra a doença, no sentido de que, não havendo ignorância, as pessoas não adoecerão. Como se adoecer estivesse na dependência de não está “educado” que seria, segundo ele, não está “imunizado”.

Jenkins propôs, no Guia, diversos modos de se viver que, segundo ele, propiciam a saúde; são condições que ele denomina de salutogênicas. A expressão, que ele tomou de Aaron Antonovsky, significa “dar à luz a saúde”. E Jenkins apresenta por todo o livro diversas recomendações para que a saúde seja promovida junto aos indivíduos, aos grupos, à sociedade. A preocupação da OPAS é, definitivamente, o comportamento humano.

“A saúde”, diz Jenkins, “é a primeira e mais importante forma de riqueza”, um recurso que deve ser preservado e protegido. A saúde aparece como uma condição inestimável para o que chama de desenvolvimento econômico de uma

nação. Assim, estamos em um período histórico em que:

... a prioridade não é a realização de mais descobertas nas ciências básicas físicas e biológicas, mas sim a aplicação da psicologia e de outras ciências sociais e comportamentais na sociedade como um todo, para colocar e prática as medidas preventivas de saúde já comprovadas (JENKINS, 2007, p. 20).

Jenkins é um psiquiatra, tem suas convicções particulares sobre o tema. Não tenho capacidade alguma para lhe fazer críticas no que se refere ao papel da psiquiatria na promoção da saúde. Todavia, a concepção da saúde como um “bem” que é preciso proteger não é de sua autoria, e nem é recente. Foucault já demonstrou que foi sobre o corpo que o capitalismo, primeiramente se ocupou, visto que conceberá que sem um corpo saudável não haveria mão de obra disponível.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1998, p. 80).

Nossa sociedade contemporânea admite e reconhece que o corpo é naturalmente defeituoso. Ela crê nisso. Ela é platônica. E é justamente porque acredita nessa imperfeição natural do corpo, e que o corpo tem uma vocação, que não é a de permanecer defeituoso, mas a de atingir um estado de organização e de equilíbrio, que a sociedade, além de produzir a verdade médica – que para ela tem a função de correção e de normalização do corpo –, a consome, adotando-a como elemento constituinte da vida humana. Só que essa produção e consumo, na perspectiva de Jenkins, é insuficiente; é preciso persuadir as pessoas a mudança de hábitos, a adoção de novas formas de viver, a novos modos de existir.

A esse convencimento, Jenkins chama de “vacinação universal”, que ele entende passar pela educação. Como toda vacina precisa de um agente que a administre, a educação em saúde passa a ser não somente uma atividade exclusiva dos profissionais de saúde, mas de um vasto número de agentes. Daí que Jenkins fala da necessidade de se estabelecer uma rede, uma “comunidade”, a criação de

uma nova profissão, na expectativa de que o maior número de pessoas sejam atingidos, “imunizados”.

Já que em nosso mundo atual a mudança do comportamento humano é a super-estrada rumo à Saúde para Todos, talvez deva ser criada uma nova disciplina de conselheiros de saúde com talentos interpessoais, comportamentalmente treinados, para servir a essa função especial. Os trabalhadores para o desenvolvimento comunitário, os auxiliares de saúde, os enfermeiros, os psicólogos e os assistentes médicos podem oferecer uma importante combinação para selecionar e treinar essa nova profissão (JENKINS, 2007, p. 274).

Para a OPAS, a meta agora é reduzir o uso desnecessário ou trivial dos serviços de saúde, e isso se dá, segundo ela, pelo ensino e pela motivação do indivíduo no desenvolvimento de *habilidades*, tais como: saber reconhecer e afastar-se dos fatores de risco; saber cuidar de problemas de saúde menos importantes e autolimitantes de familiares e de si mesmos, perguntar regularmente aos profissionais de saúde quando algum atendimento é preventivo e oportuno. É o que Ortega chamou de *autoperitagem*. Médicos e não-médicos, doentes e não-doentes, todos, enfim, tornaram-se alvos de uma reciclagem cultural em saúde, mas também de uma reciclagem do corpo. Estamos diante de fenômenos que caracterizam o que Jean Baudrillard denominou de *Sociedade de Consumo*, uma sociedade que se tornou doente.

Acerca do grande mito da Sociedade Doente, mito que evacua toda a análise das contradições reais, é necessário afirmar que os intelectuais – os contemporâneos “*medicine men*” – é que revelam a seu respeito larga cumplicidade. No entanto, têm tendência pra localizar o mal a um nível fundamental: daí, o seu pessimismo profético. Os profissionais, em geral, inclinam-se mais para alimentar o mito da Sociedade Doente, mais sob o ponto de vista funcional que orgânico (incurável, e semelhante caso), no plano das suas permutas e do metabolismo. Daí, o otimismo dinâmico de que dão provas: para curar, basta restabelecer a *funcionalidade* das trocas, acelerar o metabolismo (isto é, injetar de novo a comunicação, a relação, o contato, o equilíbrio humano, o calor, a eficácia e o sorriso controlado). É com alegria e com lucro que se aplicam a semelhante tarefa (BAUDRILLARD, 2007, p. 178).

Assistimos, assim, em nossos dias, a uma profunda liturgia da solicitude por saúde. Uma solicitude que Baudrillard caracteriza como ambígua, já que,

primeiramente, assume características de “ter cuidado com”, “tratar maternalmente”, mas que assume sentido de demanda, já que solicita uma resposta, uma atenção, uma adesão. Assim sendo, a sociedade converte-se em “consumidor”, objeto sobre o qual incide o duplo empreendimento de uma informação que é capaz de exercer um controle “político”, mediante a solicitação que objetiva regular as mais íntimas motivações dos indivíduos. Por isso, o discurso terapêutico, do qual os profissionais de saúde consideram-se os mais fiéis e legítimos portadores, acaba por convertê-los em agentes publicitários.

Os indivíduos, ao buscarem os médicos para narrarem suas queixas, estariam, nessa perspectiva, buscando a segurança que todo bom cliente da sociedade de consumo objetiva. Uma segurança que encontra sua certeza na aquisição dos conselhos fornecidos por tais agentes publicitários, veiculados nos mais diversos meios de comunicação. Enfim, a promessa de saúde para o corpo é um desencadeador da venda. Uma enzima mercadológica. De modo que se pode afirmar que uma das principais motivações para a produção de verdades médico-científicas, na contemporaneidade, é a preocupação com o corpo, seja o do indivíduo, seja o da população<sup>21</sup>. É em torno desse corpo que se constituiu, por exemplo, uma política que impõe a necessidade de fabricar verdades e de fazê-las circular, uma política que recompensa os que mais as produzem e que as fazem chegar até os microfios do tecido social. É a usina de produção de verdades encontrando, na saúde do corpo, sua matéria-prima.

Estamos numa sociedade onde quase todas as práticas e condutas passam pelo crivo da verdade. Somos classificados, nomeados, alocados, julgados, penalizados e premiados, segundo esse crivo. Estamos numa sociedade onde “não adoecer” tornou-se a norma, valor “absoluto”, regra-ouro. Em outras palavras, o *anormal* é todo aquele que adoecer. E, para isso, cada um deve ser adestrado, treinado, capacitado, instruído e corrigido de modo ininterrupto, de modo que *não adoeça*, pois a doença deixou de ser concebida como um fenômeno inerente aos processos vitais e se converteu em algo a ser banido da vida. É o estabelecimento

---

<sup>21</sup> O conceito de População é dinâmico e recebe denominações variáveis. Michel Foucault, na aula de 25 de janeiro de 1978, fez uma vasta apresentação desses conceitos. Segundo Foucault, nos dias atuais, a população não pode ser mais pensada como “uma coleção de sujeitos jurídicos, em relação individual ou coletiva, com uma vontade soberana”. A população, dirá ele, “é um conjunto de elementos, no interior do qual podem-se notar constantes e regularidades até nos acidentes, no interior do qual pode-se identificar o universal do desejo produzindo regularmente o benefício de todos e a propósito do qual pode-se identificar certo número de variáveis de que depende e que são capazes de modifica-lo” (FOUCAULT, 2008b, p. 97-98).

da saúde como um *ideal*, como um *valor*, e isso é, em Nietzsche, *decadência*. Não porque a busca pela saúde do corpo seja algo criticado por Nietzsche, ao contrário; mas a *elevação* da saúde à condição de *valor* é tão somente o sintoma de que o homem, na busca de sentido, sempre estabeleceu *ídolos* e *altares* para suportar sua condição de mortal.

### 3.4 – A VIGILÂNCIA SOBRE O CORPO

Em um relatório sobre a Situação da Saúde no Brasil, publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde, no tópico sobre a *Mortalidade da População Brasileira*, encontraremos como principais destaques:

O Homem morre prematuramente. O risco do homem morrer é 40% maior que a mulher; 32% da população da Região Norte morrem antes de 70 anos enquanto na região Sul esse percentual é de 45,2%; 36,1% dos Negros morrem antes de completar 70 anos enquanto que nos Brancos esse percentual é de 48,9%; Os Derrames, o Infarto do Miocárdio, os Homicídios e o Diabetes são as principais causas de morte na população brasileira; Nos homens, os Homicídios e as mortes causadas pelo trânsito ocupam a terceira e quarta causa de morte da população. A cirrose hepática ocupa a oitava causa. Nas mulheres, as violências não estão entre as dez causas e o câncer de mama ocupa a nona causa de morte (BRASIL, 2008b, p. 4).

Temos um sistema de vigilância da saúde, um sistema de vigilância das causas de morte, através do qual é possível a identificação de *quem* morre, *onde* se morre e do que *causou a* morte. É a ocupação com o corpo biológico, individualizado, anatômico, mas também com o corpo da população. Esse sistema vai fornecer informações sobre quem morre, do que se morre e quem mais morre.

Os dados presentes no relatório nos dizem que os homens morrem mais e morrem de doenças do aparelho circulatório, primeiramente, depois, morrem por violências, em seguida por neoplasias. As mulheres, por sua vez, morrem primeiramente por neoplasias, depois por doenças do aparelho circulatório e em seguida por doenças endócrinas. São estas as principais causas de morte entre homens e mulheres, respectivamente, no Brasil (BRASIL, 2008b, p. 8). Será

justamente sobre essas causas de morte que o Estado vai intervir de modo privilegiado, principalmente criando estratégias, elaborando dispositivos jurídicos, convocando toda a sociedade a mudar de hábitos, e claro, todas essas ações têm como seus executores os profissionais de saúde.

Sabemos que os sistemas de informação surgiram na história da medicina somente a partir do século XVIII, como nos mostrou Foucault, e que na Grécia Antiga não havia sistemas de registros similares aos nossos (de contabilidade das doenças e nem dos óbitos). Mas, nos diálogos platônicos, aparece um elemento que desde aquele período se mantém como importante para o exercício da medicina: o conhecimento. O exercício médico está apoiado num saber específico e esse saber é necessário para a cura das doenças.

Para Platão, se existem doentes e se surgem novas doenças, é porque o governo da cidade não está sendo realizado de modo correto, como uma arte de governar própria daqueles que têm a ciência, o conhecimento. A saúde aparece nos diálogos platônicos como um sinalizador da qualidade do governo dos homens. E, para que a saúde seja uma condição geral, um estado comum a todos os governados, os governantes estabelecerão tantas leis quanto lhes parecerem necessárias, bem como as infligirão, na tentativa de que os corpos não adoeçam e não morram. O estabelecimento de uma arte médica de governo acaba por resultar em uma zona de indiscernibilidade, entre o público e o privado, onde seja possível fazer violência à vontade sobre os homens, no intuito de se estabelecer uma ordem médica, um estado de polícia, de vigilância das condutas e dos corpos, objetos do governo médico.

Nessa zona de indiscernibilidade, quer os indivíduos queiram, ou não, o poder médico se faz valer; afinal de contas, a arte de bem governar é verificada pela quantidade de corpos restaurados e curados, e pela qualidade dessas intervenções/restaurações. Todo movimento de recusa é considerado como insubordinação à racionalidade médica, à razão de ser do médico; logo, a essa forma de governo.

E nos dias atuais, o que vamos encontrar? Uma perspectiva diferente? Não creio. No relatório do Ministério da Saúde no Brasil, vemos que as doenças do aparelho circulatório surgem como a primeira causa de morte entre homens e a segunda entre as mulheres. Para termos uma compreensão do impacto *dessa*

*causa* sobre a mortalidade geral da população brasileira, basta citarmos que, somente em 2007, segundo o relatório, morreram no Brasil cerca de 90.000 indivíduos por doenças cardiovasculares, sendo que os principais fatores associados, segundo os especialistas médicos são: colesterol sérico elevado, tabagismo, hipertensão e a obesidade (CIORLIA & GODOY, 2005, p. 21).

Identificadas as principais causas de morte e os fatores a elas associados, o que faz o Estado, os que governam? Elaboram estratégias que objetivam modificar a vida, o *modo* de viver, já que os fatores considerados condicionantes para as doenças cardiovasculares estão profundamente relacionados aos hábitos e aos comportamentos das pessoas. Daí o estímulo a que os indivíduos adotem novos hábitos e que eliminem ou minimizem a presença desses *fatores* em suas vidas.

O tabagismo, por exemplo,

é um dos fatores de risco mais importantes para as DANT, a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. Da década de 1930 até os anos 90, a proporção de mortes por DANT cresceu mais de três vezes no país. Em 2004, as DANT foram responsáveis por aproximadamente 63% da mortalidade devida a causas conhecidas (IGLESIAS et cols., 2007, p.1).

Durante o século XX ocorreram 100 milhões de mortes atribuíveis ao uso do tabaco, a maior parte delas em países desenvolvidos e nas economias socialistas. Caso perdurem os padrões atuais de consumo, o número de mortes anuais associadas ao tabaco deverá elevar-se para 10 milhões até 2030. O século XXI provavelmente deverá registrar 1 bilhão de óbitos ligadas ao tabagismo, a maior parte delas ocorrendo em países de baixa renda (IGLESIAS et cols., 2007, p. 3)

As DANTs (Doenças e Agravos Não-Transmissíveis), como as doenças cardiovasculares, encontram no tabagismo, segundo o documento de discussão sobre o controle do tabagismo no Brasil, publicado em 2007, seu principal vilão. Cem milhões de mortes no século passado foram atribuídas ao tabagismo; essa é uma cifra considerável, um dado que merece importantes reflexões. Presenciamos nos dias atuais a adoção de uma série de medidas por parte do Estado, no intuito que o tabagismo seja uma prática a ser abandonada ou restrita.

Não existe nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo. O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco sugere que as medidas mais eficazes são as aquelas destinadas a reduzir a demanda, que

incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas independentes de preços para controle do consumo (informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos) e maior acesso aos programas de cessação. Com exceção do controle do contrabando, não existe muita evidência da efetividade acerca das restrições impostas sobre o lado da oferta, como no acesso dos jovens ou na substituição de plantações ou do comércio do tabaco (IGLESIAS et cols., 2007, p. 6)

Um outro e importante fator considerado de risco é o da obesidade, que, em geral, pode estar associado a Diabetes. Essa associação entre diabetes e obesidade já é denominada por Diabesidade.

A obesidade (em todos os graus e formas) está definitivamente entre nós. No Brasil de 1975, 16% da população estava acima do peso ideal. Hoje são 43%. Esse é um daqueles fenômenos cuja comprovação está ao alcance dos olhos. Passe uma manhã na Praia de Copacabana, na Avenida Paulista ou em qualquer outro cartão-postal do país e conte quantos obesos cruzam seu caminho. O efeito mais evidente da obesidade é estético, aquele que você reconhece de longe. O mais grave é o que você não vê. Ele já ganhou nome: diabesidade. Os obesos de hoje serão os diabéticos de amanhã. Pior que o avanço da obesidade é a epidemia global da diabesidade. O binômio usado para designar a mistura das duas doenças é hoje o maior desafio da saúde pública no mundo. Enfrenta-lo pe mais difícil que encontrar uma vacina contra um vírus novo [...] O Ministério da Saúde estima que existam no Brasil 11 milhões de diabéticos (muitos deles sem diagnóstico) [...] Além dos 438 milhões de diabéticos que a OMS prevê que o mundo terá em 2030, haverá um grupo ainda maior de pessoas que estão prestes a se tornar diabéticas (SEGATTO, Cristiane. **Obesidade+Diabetes = Diabesidade**. ÉPOCA, 25 de janeiro de 2010, p. 53).

É preciso fazer dieta, atividade física, não descuidar dos remédios e usar insulina (caso seja necessário). “Existem muitos recursos para tratar o diabetes”, diz Ricardo Meirelles, presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. “O mais difícil é convencer os pacientes a mudar de hábitos de vida”. Se os obesos que ainda não são diabéticos resolverem adotar essas mudanças em 2010, lucrarão duplamente: vão emagrecer e conseguir manter o diabetes no terreno das ameaças epidemiológicas que não se concretizaram (SEGATTO, Cristiane. **Obesidade+Diabetes = Diabesidade**. ÉPOCA, 25 de janeiro de 2010, p. 59).

Esses dois “fatores de risco” para óbitos por doenças cardiovasculares vão encontrar no desejo, na busca do prazer e na vontade da experiência de um bem-estar, uma de suas principais âncoras, embora as pessoas reconheçam que podem, por meio dessas práticas, ter como desfecho a doença, o infortúnio, o mal-estar, o sofrimento e até mesmo o próprio óbito. Podemos perguntar: como indivíduos que são sabedores que algumas práticas podem causar doença, ainda assim as

realizam? Porque, sabendo que o fim não é nada agradável, ainda assim adotam tais posturas? É, o prazer obtido imediatamente, capaz de se sobrepor à racionalidade, ao conhecimento existente? Parece que sim.

O que está na ordem do imediato, do instantâneo é capaz de inclinar a vontade das pessoas de modo tal que o conhecimento ou a informação de que algumas de suas práticas podem resultar em posterior sofrimento não é suficiente para que essas não busquem a obtenção do prazer imediato. O desejo e a razão estão em descompasso?

Os profissionais de saúde, que são considerados educadores sanitários em potencial, encontram em suas atividades de aconselhamento um tremendo desafio: fazer com que as pessoas tenham condições suficientes para abandonar ou recusar a obtenção do prazer imediato, tendo em vista um bem “maior” que é a *saúde*, uma maior longevidade e uma melhor qualidade de vida. Mas, como fazer isso? É possível fazer algo? É *dever* dos mesmos fazer algo?

Desejo e liberdade, em relação. A busca do prazer e a possibilidade da *desobediência*. O outro que se nega a dizer sim. O outro que diz *não* ao conselho e se inclina à satisfação de suas necessidades e desejos. O outro que diz *sim àquilo* que lhe dá satisfação, que diz sim ao *corpo*. É essa uma das impossibilidades da educação diante do desejo e da vontade.

Embora sejamos “guiados” por um ideal, poucos de nós reconhecemos que ele existe. Além do mais, a noção de um ideal raramente é a matriz de nossas escolhas. Em geral, esse ideal nos é fornecido pelas autoridades ou pelas instituições, tais como a família, a religião, a escola. Na contemporaneidade, podemos afirmar que na perspectiva de uma vida asséptica, os discursos de incentivo e de cultivo de uma vida que não pode adoecer têm ocupado papel importante.

Desse modo, o “estar saudável” aparece como um *ideal*, assim como o envolver-se em práticas que promovam o “ser-saudável”. O pesquisador sanitário se volta com ardor, com devoção impar para o seu “objeto”, na expectativa de encontrar e de fornecer respostas aos medos e desconfortos que afligem o corpo do indivíduo, mas também o corpo social. Afinal, é essa a expectativa que dele tem a sociedade, é o *seu ideal*, é a sua *meta*, é a sua *vocação*, uma espécie de dever-ser. Não foi para isso que se tornou um profissional da saúde?

Bem, na tentativa de responder às expectativas sociais por saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (ABM) estruturaram uma página da internet, denominada de projeto diretrizes (conf. [http://www.projetodiretrizes.org.br/novas\\_diretrizes.php](http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php)), onde, nesse momento em que escrevo, existem discriminadas mais de 250 diretrizes elaboradas com o objetivo de conciliar informações da área médica, a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. Bem, trata-se de informações direcionadas ao público médico e, cada diretriz refere-se a um agravamento da saúde, ou a uma situação de risco de adoecimento, e exige que o leitor tenha habilidade e conhecimento suficiente para a análise das informações ali contidas. Tomemos como exemplo a Diretriz para o manejo da Hipertensão Arterial, elaborada pelas Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Nefrologia.

A primeira tarefa do médico é diagnosticar e classificar a hipertensão arterial. O diagnóstico é estabelecido pela medida da pressão arterial, a ser realizada com métodos e nas condições recomendadas pelos especialistas, conforme a Tabela 1, e de acordo com os níveis da pressão verificados e apresentados na Tabela 2.

Uma vez realizado o diagnóstico pelo médico, a depender do estágio da hipertensão, serão estabelecidas duas modalidades de tratamentos: o não medicamentoso e o com medicamentos. Para o tratamento não medicamentoso, a Diretriz estabelece as medidas consideradas de maior eficácia, como: redução do peso corpóreo e manutenção do peso ideal, redução da ingestão de sal de cozinha, maior ingestão de potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas e a realização de atividades físicas com regularidade. Outras medidas associadas são: abandono do tabagismo, controle do diabetes e dos níveis de triglicérides.

**Tabela 1 – Medida da pressão arterial: métodos e condições**

Medida da Pressão Arterial
1. Certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos; ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes. Manter pernas descruzadas e braço na altura do coração(B)(D).
2. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos(B).
3. Usar manguito de tamanho adequado (bolsa de borracha com largura = 40% e comprimento = 80% da circunferência do braço)(B).
4. Palpar o pulso radial e inflar até seu desaparecimento para a estimar a Sistólica (D).
5. Posicionar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial(D).
6. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mm Hg o nível estimado da pressão sistólica. Desinflar lentamente(D).
7. Determinar a sistólica no aparecimento dos sons e a diastólica no desaparecimento dos sons. Não arredondar os valores para dígitos terminados em zero ou cinco(D).

Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/059.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf). Acesso em 08/07/2010.

**Tabela 2 – Classificação da pressão arterial (>18 anos) e recomendações para seguimento com prazos máximos, modificados de acordo com a condição clínica do paciente(B)**

Classificação	Sistólica	Diastólica	Seguimento
Ótima	< 120	< 80	Reavaliar em 1 ano
Normal	< 130	< 85	Reavaliar em 1 ano
Limítrofe	130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses
<b>Hipertensão</b>			
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99	Confirmar em 2 meses*
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109	Confirmar em 1 mês *
Estágio 3 (grave)	> 180	> 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana*
Sistólica isolada	> 140	< 90	

Quando a sistólica e diastólica estão em categorias diferentes, classificar pela maior.

\*Considerar intervenção de acordo com fatores de risco maiores, co-morbidades.

Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/059.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf). Acesso em 08/07/2010.

Observe-se que o médico fará emprego de técnicas de diagnóstico que, *grosso modo*, são instrumentos que possibilitarão ao mesmo tempo classificar os indivíduos em doentes e não-doentes. Dentre os doentes, o exame irá alocar os indivíduos segundo o grau de gravidade e, a depender do grau de gravidade da doença, serão eleitas as medidas de tratamento.

Os principais exames realizados são a verificação dos níveis da pressão arterial, do índice de massa corpórea, dos níveis de glicose e de triglicérides na corrente sanguínea. Mas também o reconhecimento das práticas consideradas de risco para o agravamento da doença: tabagismo, sedentarismo, ingestão elevada de sal de cozinha, histórico familiar de diabetes e/ou de doenças cardiovasculares.

Uma vez feita a anamnese, o médico vai prescrever um determinado regime, uma *dietética*, uma série de “mandamentos” aos quais o doente deve se submeter

para obter proteção contra o agravamento da doença, ou a sua cura. A depender da situação, também lhe serão prescritos medicamentos.

Um estudo realizado em 2003, junto ao Centro Educativo de Enfermagem para Adultos e Idosos, no *Campus* Universitário de Ribeirão Preto (USP), com 24 diabéticos, no intuito de conhecer as principais dificuldades desses pacientes em seguirem as recomendações para o tratamento do diabetes, apresentou alguns depoimentos que pode nos auxiliar na problematização da questão da *desobediência* aos preceitos para uma boa saúde.

“Tenho dificuldades porque gosto de comer bem. E muitas coisas que não posso comer. Eu gosto e eu não consigo deixar de comer (S10)”.

“Com relação à dieta, procuro lutar para não comer determinados alimentos, mas às vezes não resisto (S20)”.

“Minha dificuldade é na dieta, é você fazer as coisas para seus filhos e não poder comer, ir a alguma festa e você ficar só olhando e dizendo: ‘obrigado, não posso comer (S8)”.

“Nem sempre consigo, sei que é perigoso, tento controlar, mas quando fico ansiosa ou nervosa, corro a procurar algo que comer. Para acalmar minhas emoções, fico ligada em comida. Por alguns dias consigo aguentar fazendo o que é certo, comendo certo, mas basta uma emoção ou chateação para sair da linha. (...) Meu maior problema é a alimentação e gostaria muito de ajuda neste sentido (S22)” (PÉRES et cols., 2007, p. 4)

Segundo os pesquisadores,

Acredita-se que melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética pode contribuir para redimensionar o modelo de atenção à saúde com essa clientela, incorporando os pressupostos do cuidado integral que incluem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual entre outros, preconizadas no modelo de atenção primária à saúde (PÉRES et cols., 2007, p. 8)

Observe-se que a restrição ao que agrada, ao que dá a sensação de bem-estar, pode constituir grande empecilho para que algumas pessoas não sigam as recomendações médicas. A ascese seria justamente o exercício do privar-se, o empenho, a concentração de energias necessárias para a tomada de uma outra decisão, para a renúncia ao desejo; trata-se da adoção de uma outra vontade, de uma vontade exterior, é a renúncia à vontade e ao desejo que liga o indivíduo ao risco; trata-se da internalização de uma vontade, de um comando de ordem que

promete salvar-lhe. O ideal *primeiro* não é a satisfação do prazer, mas o manter-se vivo, saudável.

Nos relatos dos pacientes diabéticos é possível constatar a presença de certa angústia, de certo mal-estar. É que a ascese não está desprovida de sofrimento, e o corpo é o registro mais eminente no qual esse mal-estar se enuncia. Nas palavras de Joel Birman:

Todo mundo se queixa que o corpo não funciona a contento. Imagina-se sempre que algo deve ser feito para que a *performance* corpórea possa melhorar. Sentimo-nos sempre faltosos, deixando de fazer tudo o que deveríamos, considerando as possibilidades oferecidas pelo cuidado do corpo. Enfim, estamos sempre numa posição de dívida em relação a isso (BIRMAN, 2006, p. 175).

E essas queixas contra o corpo não estão separadas das estratégias publicitárias que nos envolvem e nos levam às práticas médicas, pois o corpo é uma espécie de sumo bem e a saúde é a materialização desse valor.

O *risco*, como sensação polivalente, está sempre presente no imaginário contemporâneo. Com isso, o envelhecimento se transforma numa enfermidade, e a morte deve ser exorcizada. Nesse contexto, a medicina ortomolecular ganha notoriedade científica, pelas promessas que realiza para a longevidade. As fórmulas que inventa são personalizadas, baseadas nas idiossincrasias de cada um. Daí o fascínio e a eficácia imaginária que promovem. De qualquer maneira, é a longevidade que está sempre em pauta. As caminhadas diárias visam à mesma coisa. Evita-se, assim, o estresse e seus efeitos sobre o sistema cardiovascular. Além disso, as gorduras são queimadas e os perigos mortais do colesterol, exorcizados. Em decorrência disso, as academias de ginástica se transformaram em um dos templos seculares da atualidade, onde os fiéis vão comungar em nome da longevidade e da beleza (BIRMAN, 2006, p. 179).

Aparece aí a perspectiva de uma *metafísica do corpo*<sup>22</sup> no campo médico,

<sup>22</sup> Anne Marie Moulin, na obra publicada no Brasil em 2008: *História do Corpo*, Volume 3, dirá que: “Se a palavra-chave do século XVIII era a felicidade, e a do século XIX a liberdade, pode-se dizer que a do século XX é a saúde”. Nos dias atuais “o exibicionismo da doença não é mais admissível [...]. O desenvolvimento da medicina preventiva provocou um curto-circuito na experiência da doença, movimento amplificado ainda mais pelo último avatar da medicina preventiva, a medicina predictiva, que explora os genes. A medicina procura, agora, não apenas enunciar um prognóstico para os próximos dias, mas dizer o futuro”, nas palavras de Moulin “ trazemos dentro de nós mesmos um novo pecado original, um risco multiforme que teve origem em nossos genes, modificado pelo nosso meio ambiente natural e sociocultural e pelo nosso modo de vida”, em vez de 10 ou 20 pacientes, nos consultórios médicos, hoje, “há cinco bilhões de clientes aguardando pacientemente” (MOULIN, *Anne Marie*. O corpo diante da medicina, In: **História do corpo: as mutações do olhar: O século XX**; sob a direção de Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello; tradução e revisão Ephraim Ferreira Alves. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 15-82) . Assim o que denominamos aqui de

isto é, aparece para o corpo um objetivo, uma meta que deve ser por ele alcançada, que é a de livrar-se dessa sua condição defeituosa, que tem, entre várias características, a de adoecer.

Temos, na perspectiva da “busca de uma saúde perfeita”, uma *finalidade para* o corpo, que é o de ser perfeito. Um *ideal*, uma meta para ele, uma concepção metafísica para a carne. Do mesmo modo que alma deve atingir a verdade para coabitar com a divindade, o corpo deve atingir um estado de perfeição. Da alma há quem se ocupe: os religiosos; da razão, os pedagogos, e do corpo doente, também: os médicos. O *ideal* do pensamento platônico está presente igualmente nos discursos sanitários que ressoam na contemporaneidade.

Quando Sócrates solicitou a Trasímaco que lhe falasse do “verdadeiro médico”, esse respondeu com a afirmação que o verdadeiro médico não é o que objetiva o lucro, não é o que tem como meta ganhar dinheiro, ou outros ganhos similares com sua prática, não é aquele que procura a própria vantagem, mas aquele que tem diante de si o corpo como objeto de governo, de correção dos defeitos que lhe são intrínsecos. O verdadeiro médico tem o corpo diante dos olhos e outra coisa não pensa a não ser em corrigi-lo. Afinal, ele foi designado para esse fim. O *verdadeiro* médico transporta o corpo de um estado de *defeito* para a perfeição. Eis a concepção metafísica do papel da medicina.

O governo do corpo pelos médicos consistirá justamente na sistematização de todos os saberes médicos, da conjugação de instrumentos e/ou tecnologias por eles criados, de modo tal, que lhe seja possível fazer com que o corpo atinja uma condição superior àquela que naturalmente ele apresenta. Pois o corpo é uma realidade que justifica ajustes, imperfeita, inferior. É impossível admirar o corpo natural, já que ele é imperfeito. É para que o corpo se tornasse digno de admiração

---

*metafísica da carne* é quando o homem, em função dos decretos da ciência, se mobiliza a reformar seu comportamento tendo em vista um corpo *livre* da doença. Esse *ter em vista* um corpo livre da doença tornou-se uma expectativa graças aos avanços no campo da genética. A genética, nas palavras de Frédéric Keck e Paul Rabinow, “transformou ou contribuiu para transformar, com outras mutações, o nosso olhar sobre o corpo” (idem, p. 85). Um corpo *predictivo*, um corpo *programado*, um corpo livre de genes doentes é, na perspectiva da medicina *predictiva* o corpo do futuro, o corpo *ideal*. Uma das críticas mais ferrenhas que Nietzsche realizou foram aquelas feitas à *Metafísica* que ele identificou com o platonismo – “ou seja, com a crença dualística num mundo verdadeiro que, na sua eternidade e perfeição, representa a antítese ontológica do nosso mundo [...] Em outros termos, como esquematização de casos, a *metafísica* se configura como uma ficção ditada por necessidades psicológicas e vitais, ou seja, como um auto-engodo derivado do fato de que “projetamos *nossas* condições de conservação como *predicados do ser em geral*” (*Fr. Post*, 11 [415], VIII, 2, p. 396)” (ABBAGNANO, 2007, p. 771-772).

que a medicina devia trabalhar. E nós vamos presenciar, por todo o Ocidente, e, de certo modo, com maior desenvoltura no século XVII e seguintes, toda uma empreitada da medicina em fixar-se como aquela que pode corrigir o corpo e rerepresentá-lo ao mundo de modo admirável.

Ainda sobre a arte médica de governar, vemos que, na medicina, uma das estratégias adotadas para o governo dos corpos foi a associação da desobediência do doente, bem como de suas resistências em seguir as recomendações médicas, à morte. Foi preciso relacionar à morte o não cumprimento dos conselhos médicos. Mas, relacionando a morte à desobediência dos discursos médicos, relacionou-se ela igualmente à vida. Vida e morte estão na dependência dessa obediência, dessa docilidade, na disponibilidade de ouvir, de colocar-se passivamente diante de quem tem o conhecimento sobre a doença, de suas causas, das consequências e de seu tratamento. É essa associação entre a morte e a desobediência que possibilita dobrar a vontade dos doentes. A morte é apresentada como uma punição pela indisposição a obedecer.

Associando a desobediência à morte, o médico, na tentativa de persuadir, vai associar o cumprimento de suas recomendações à promessa de uma vida sem doença, ou de uma vida mais longa. O médico não somente torna o doente alguém que faz promessas, como ele mesmo as faz. Sendo sabedor dos possíveis desfechos que tem uma doença, ele ousará prometer ao doente que a cura é algo possível, mas a realização do que ele promete não está na dependência direta dele, que fala, mas daquele que o escuta. Se a cura cai na dependência de uma promessa, cujo cumprimento está sob a responsabilidade do doente, o médico igualmente tem algo a cumprir. Ele também deve subordinar-se, obedecer. Se o doente deve seguir suas recomendações para que a cura ocorra, o médico, porque fez a promessa, está na obrigatoriedade de materializá-la. Caso, contrário, tudo o que ele disse e diz será considerado mentira, e, desse modo, ele estará em descrédito diante das pessoas. Temos, portanto, médico e doente presos a desfechos, presos a promessas de vida e/ou de morte.

**LIVRO DOIS**

**VERDADE MÉDICO-CIENTÍFICA E MORAL**

## QUARTA DISSERTAÇÃO

A educação sexual em escolas aumenta a conscientização do risco e estratégias que façam crescer o conhecimento sobre esse risco aumentam a intenção de realizar-se sexo com proteção, e retardam o início das atividades sexuais [...] A idade em que se dá a iniciação sexual é de interesse da saúde pública, uma vez que essa é considerada uma prática não-consensual a ser lamentada, e menos concebida como uma prática a ser realizada com proteção contra uma infecção e uma gravidez indesejada e associada a longos períodos de numeroso(a)s parceiro(a)s sexuais. Comportamentos de riscos para infecções sexualmente transmissíveis, tais como múltiplos parceiros e a prática de sexo entre homens estão incluídos no mesmo grau do sexo comercial, uma vez que os clientes dos profissionais do sexo são importantes grupos na transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e do HIV para a extensa rede sexual. Nós consideramos o uso da camisinha como um marcador do sexo seguro (WELLINGS et cols., 2006, p. 1706-1709; tradução nossa).

#### 4.1 – O ENSINO DA PROTEÇÃO DAS RELAÇÕES SEXUAIS: A ESCOLA-AMBULATÓRIO

Reiko Niimi, representante do UNICEF no Brasil, perguntou: “Que escola queremos para nossos filhos?” Ele mesmo respondeu:

Queremos uma escola que lhes seja útil na construção de uma vida e de um mundo melhor que o nosso. Uma escola que proporcione a seus alunos algo que vá além daquilo que convencionamos chamar de *ensino fundamental*. Uma escola que oriente as crianças no desenvolvimento das habilidades necessárias ao exercício de uma vida saudável e sintonizada com as características mutantes do meio ambiente e do meio social (NIIMI, 2000, p. 9, grifos do autor).

A escola que fala Reiko Niimi, na apresentação do III EDUCAIDS (Encontro Nacional de Educadores na Prevenção de Aids), é também uma escola objeto-alvo das estratégias de normalização. Não diferentemente das escolas de ensino superior para a formação dos médicos, as escolas para crianças e adolescentes são igualmente permeadas de discursos que buscam incitar a adoção de medidas de proteção contra o adoecimento. Uma escola onde aquela “voz” das crianças, de que fala Niimi, pode ser tão simplesmente uma confissão, um modo de fazê-las falar o que pensam, o que sentem, o modo como experimentam sua sexualidade, um outro modo de discipliná-las e de controle.

Os discursos cujo conteúdo expressa a vontade de condução da consciência dos indivíduos. Discursos de verdades fabricados nos aparelhos pedagógicos do Estado, com função disciplinadora e reguladora. Discursos criados nas escolas médicas e escoados até os ambulatórios de consulta, onde se verifica o emprego de tecnologias cristãs-pastorais, onde a ritualização do encontro entre médico e doente faz do primeiro um técnico-pastor e, do outro, uma ovelha que necessita falar de si, escutar seu guia e seguir suas recomendações. Discursos que são fabricados sob encomenda.

O Programa Nacional de DST e AIDS, em um dos documentos publicados

sob a sua coordenação, tem definido o aconselhamento que deve ser dado na relação entre profissionais de saúde e pacientes e/ou usuários do sistema de saúde, como sendo “um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente”, que:

Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1999, p. 8).

Trata-se, segundo a Coordenadoria Nacional de Saúde, de uma atividade destinada a certos grupos ou indivíduos que podem estar em situação de risco de adquirirem uma doença infecciosa, dentre os quais têm-se: homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais praticando sexo com penetração, sem proteção. Ora, no contexto de programas desenvolvidos que objetivam a prevenção de contágio por agentes patogênicos, por meio de relações sexuais, o aconselhamento tem por objetivos a promoção “de reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras; a adesão ao tratamento; e a comunicação e o tratamento de parceria(s) sexual(is) e de parceiros de uso de drogas injetáveis (BRASIL, 1999, p. 9).

No que se refere ao repasse de conselhos para o emprego da camisinha, o Conselho Nacional de Saúde é claro quando diz que:

A recomendação ao uso de preservativo é considerada como um dos pilares da prevenção. Esta questão, inclusive, faz parte de qualquer aconselhamento ou conteúdo informativo no que se refere às DST e AIDS. Contudo, a maneira como tem sido trabalhada a recomendação ao seu uso padece de alguns equívocos, cotidianamente reproduzidos nos serviços. O primeiro dos equívocos observados foi o de falar sobre o uso do preservativo sem uma real demonstração do uso correto. Aula teórica sobre como usar preservativo não significa, de maneira alguma, a compreensão de como usá-lo [...] Poucas foram as ocasiões que a recomendação ao uso do preservativo correspondeu a uma atitude do profissional no sentido de ouvir o que o usuário realmente pensava sobre o seu uso, quais eram seus sentimentos, valores e dificuldades. (BRASIL, 1999, p. 30).

Ora, à luz do pensamento de Michel Foucault, o aconselhamento pode constituir um modo de direcionar a conduta dos homens, e a bandeira de que esteja

centrado no paciente, reflete que a postura de escuta é similar àquela do confessor da pastoral católica. Aqui, o paciente expõe sua opinião, sua perspectiva, seus afetos e emoções, sua compreensão sobre a doença, suas dificuldades no emprego da camisinha em suas relações sexuais, sua compreensão dos riscos, dos conteúdos informacionais sobre a melhor maneira e o melhor momento de empregá-la. Ao falar de si mesmo, ao confessar-se, ao narrar sobre si e sobre suas práticas o paciente está constituindo-se como paciente, como aquele que é conduzido. Mas também está constituindo sobre si uma espécie de orientador e guia, alguém que reclama confiança e confiança, alguém que dirá que não adoecer é possível sob a condição de que aquele que se confessa se reconheça como responsável e gestor de sua vida, de sua saúde.

Quais os pontos ou eixos sobre os quais se apoiam as práticas de aconselhamento, e que podem ser verificados nos ambulatórios médicos? Três, diria: o do poder médico, na medida em que o médico se institui como sujeito agindo sobre os outros; o eixo da verdade, na medida em que o doente é constituído em objeto de saber e; o eixo da subjetivação, já que o sujeito tem de fazer *suas* as normas impostas sobre ele.

Com relação ao *poder médico*, a questão é analisar os direitos com e pelos quais o médico exerce seu poder. Em nome de quem, para quais benefícios. No que se refere *ao saber e à verdade*, vemos o hospital, mas igualmente as unidades de saúde e os consultórios particulares como integrantes do sistema disciplinar médico; lugares de formação de certos tipos de discurso de verdade. São nesses espaços que tecnologias de poder, como a camisinha e medicamentos, se articulam com os jogos de verdade. São lugares onde são fabricadas subjetividades, verdades e provas de verdades. São espaços onde a verdade é convocada como legitimadora de tais discursos e práticas, a propósito dos quais o poder médico organiza seu exercício. E, por fim, a obediência ao mando, ou a *sujeição*, em que o terapeuta que aborda o exterior do indivíduo a proteger, ao mesmo tempo recorre a procedimentos que lhe possibilitam tirar deste a interioridade da sua subjetividade, por meio de interrogatório, anamnese, exames clínicos e anatomofisiológicos, etc., colocando o sujeito em posição de ter de interiorizar as orientações e as normas que lhe são impostas.

Na contemporaneidade, é o paciente, cujo discurso, cujo olhar sobre si

mesmo, cujas observações que faz sobre suas próprias práticas e sobre suas relações com os demais, que deverá possibilitar a constituição do saber médico. A nova disposição tática do poder médico constitui o paciente como o mais íntimo aliado do médico, numa relação confessional, em que a prevenção é a submissão da vontade e da verdade do paciente à verdade e à vontade do médico.

No aconselhamento objetiva-se o estabelecimento de uma estreita dependência entre o médico e os doentes, que são identificados como “necessitados”. O poder médico acaba por identificar o *analfabetismo sanitário* e a instaurar a “alfabetização sanitária”. O aconselhamento em saúde, nesse sentido, é uma tecnologia de controle e de normalização da sociedade, um feixe disciplinar, “uma forma terminal, capilar, do poder que constitui o doente como alvo, como parceiro, como par na relação do poder médico” (FOUCAULT, 2006b, p. 70).

## 4.2 – O ACONSELHAMENTO MÉDICO

O ofício do médico na promoção e proteção da saúde encontra seu apoio, tanto nos discursos técnico-científicos (com promessas de conservação e preservação da vida), como nos instrumentos resultantes dos avanços tecnológicos e industriais. Para exemplificar esses discursos, apresento a seguir uma dica extraída de um manual de condutas, a ser seguida pelo médico em sua relação com seu paciente, numa abordagem a ser adotada fora do hospital.

A entrevista (*a do médico com o paciente*) pode começar com uma pergunta ampla, do tipo “Conte-me sobre seu problema”, “Como tem passado nos últimos tempos?”, etc. Algumas técnicas podem ser utilizadas para estimular a comunicação:

Uso do silêncio: quando o paciente fica em silêncio, o médico pode fazer o mesmo por algum tempo, mas mantendo uma expressão facial e uma atitude receptivas.

Facilitação: pode ser uma atitude interessada do médico, uma mudança de expressão facial ou postura, ou expressões como “Eu entendo...”, “Prossiga...”, “Estou ouvindo”, etc. Outro tipo de facilitação é a repetição da última frase do paciente (“Você disse que tinha febre?”) ou de um resumo do que ele relatou.

Confrontação: quando o paciente tem dificuldade de fornecer uma determinada informação, pode-se confrontá-lo demonstrando esse fato (“Você parece tenso”, “Eu reparei que você falou muito pouco a respeito disso”).

Perguntas: deve-se começar com perguntas mais abertas. Perguntas cuja

resposta é um simples “sim” ou “não” devem ser evitadas, assim como perguntas que já fornecem alternativas de resposta (“Você sente dor antes, durante ou depois das refeições?”). As perguntas dirigidas só devem ser feitas quando não for possível obter a informação utilizando as técnicas anteriores ou quando são necessários dados muito específicos (p. ex., durante a revisão de sistemas ou na história patológica progressiva).

Direcionamento: apesar de dirigir mais a coleta de dados, essa técnica não limita tanto a comunicação do paciente quanto uma pergunta fechada. Consiste em dizer, por exemplo, “Fale mais sobre isso” ou “Conte-me com mais detalhes” (DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J et cols. **Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 127-128).

Pelo exposto, é possível a constituição de um cenário, onde a cura pode ser considerada como uma relação de força, que tem como um dos principais efeitos o relato do doente, isto é, a manifestação da verdade. A verdade se manifesta pelo relato do doente, por intermédio da confissão e por intermédio de um saber médico. É a vitória de uma ideia sobre outra, da vontade do médico sobre a do doente.

O que há de essencial em todo o poder, segundo Foucault, é que seu ponto de aplicação é sempre, em última instância, o corpo. Logo, o poder médico é essencialmente físico, e há, entre o corpo e o poder médico, uma ligação absoluta. O doente não é mais que o efeito do poder médico, na medida em que este procedimento de “patologização” do indivíduo. Por isso, quando o médico liberta os doentes encerrados nas doenças que os afligem, ele estabelece certa dívida de reconhecimento que será paga de duas maneiras. *Primeiro*, o curado vai saldar sua dívida, contínua e voluntariamente, pela obediência; será a submissão constante de uma vontade a outra. Em outras palavras, curar pode ser a realização, por intermédio de uma obediência reconhecida, de uma sujeição. Curar-se pode ser subjugar-se. É a partir do momento em que o doente se torna sujeitado, submetido à disciplina do poder e do saber médico, que a cura ocorre. A relação médico-doente é uma relação de sujeição. Só que o médico também se encontra na dependência do doente, de seu relato, de sua confissão. *Segundo*, o ex-doente, toda vez que sofrer recaída, confessará sua falta. E essa confissão, da qual a doença é a prova notória de sua desobediência, se dá pela sua ida ao médico.

Na relação com o doente, o interrogatório a ser feito e conduzido pelo médico tem de ser feito de tal modo que o doente não diga o que quiser, mas responda às perguntas. Nesta relação, mediante o interrogatório, o médico formula de modo sutil, quase obscuro, a seguinte demanda: mostre-me seus sintomas e eu

direi que doente você é.

A clínica é importante porque permite que o médico, não apenas interroge o doente, mas, interrogando o doente ou comentando suas respostas, mostre ao próprio doente que ele conhece sua doença, que ele sabe coisas sobre sua doença, que pode falar sobre ela e dela fazer uma exposição teórica diante dos seus alunos. O estatuto do diálogo que o doente terá com o médico vai mudar de natureza a seus olhos; ele compreenderá que algo como uma verdade aceita por todos está se formando no interior da palavra do médico (FOUCAULT, 2006b, p. 233).

Um aspecto desse interrogatório é o de mostrar que a doença, antes de se manifestar no corpo do indivíduo já estava presente, pois as condições necessárias para o seu aparecimento sempre estiveram presentes na vida do indivíduo. Todavia, além da hereditariedade, foi o seu comportamento que tornou possível o adoecimento: hábitos de consumo, relações estabelecidas com alguém (portador de alguma doença), ou com o meio ambiente. Aqui encontramos uma função do interrogatório a que Foucault denominou de cruzamento entre a responsabilidade e a subjetividade.

O médico dirá a seu paciente: “não estou aqui para julgá-lo, mas para lhe ajudar, só preciso que você admita seus atos, que me diga a verdade, que me diga o que fez, quais seus sintomas e eu vou retirar esse mal-estar que pesa sobre você”. É a partir desse processo de extração de uma verdade, que se constitui uma identificação que é nuclear: o paciente, aquele que confessa, admite: “estou doente, sou doente”. O indivíduo vai reconhecer que sua condição é a razão de existir o médico, o hospital, os medicamentos, o sistema de saúde. Por isso o doente poderá reivindicar: “você, médico, tem a função e a obrigação de me atender, de me consultar, me olhar, me tocar, me examinar, de descobrir qual a causa da minha doença e qual o tratamento para a mesma; você, médico, tem a função de me internar, de me curar, de me dizer o que devo fazer para ficar são, e não mais adoecer”. Esta é uma outra função do interrogatório: a dupla entronização, a do indivíduo como doente e a do médico como aquele que cura. Assim, da consulta médica, podemos dizer que o médico é aquele que diz: “dê-me sintomas, faça da sua vida sintomas e você fará de mim um médico”. Logo, tanto médico como doente são constituídos nesta relação. Uma relação permeada por tecnologias confessionais.

### 4.3 - A CONFISSÃO MÉDICA COMO PRÁTICA ASCÉTICA

Ora a confissão do doente ao médico seria, na perspectiva nietzschiana, uma prática ascética. O ambulatório médico é o lugar da confissão da carne adoecida, o espaço da manifestação de uma “verdade”, onde, a partir da mesma, será instaurado um regime de conduta para o doente. Esse ascetismo se estenderá para além da confissão, pois esta confissão só exercerá seus efeitos curadores se aquele que confessa manifestar arrependimento. O modo pelo qual o doente demonstra que se arrependeu é pela mudança de comportamento, pela adoção da disciplina, pela internalização e vivência da verdade do médico.

No estabelecimento do regime ascético, os médicos têm à sua disponibilidade duas importantes tecnologias confessionais, oriundas do poder pastoral cristão. Foucault as problematizou em *Vigiar e punir*. A primeira, o *exame*, a segunda, *a escrita*. Sobre o exame, cito Foucault:

O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. No coração dos processos de disciplina, ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. A superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho visível (FOUCAULT, 2004, p. 154).

O exame médico permite ao professor médico, ao mesmo tempo que transmite seu saber, levantar um campo de conhecimentos sobre “seus” doentes. O exame médico é uma verdadeira e constante espoliação e troca de saberes: garante a passagem dos conhecimentos do professor médico ao aluno, e retira do doente, do seu corpo, um saber destinado e reservado ao médico. Veja-se que, à luz desses elementos, é possível compreendermos como o ambulatório ou o hospital tornam-se locais de elaboração de uma pedagogia, uma espécie de aparelho de exames

ininterruptos, que acompanha em todo o seu comprimento a operação do ensino. O exame hospitalar permite a liberação epistemológica da medicina, estabelecendo uma pedagogia médica que funciona como ciência. Para Foucault, “o exame supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder” (FOUCAULT, 2004, p. 156).

Se o exame, como tecnologia confessional, é ininterruptamente instaurado, sempre solicitado como primeira tecnologia de acesso às verdades, é porque o corpo é visto como um nicho de verdades e a doença é a possibilidade de que elas se tornem conhecidas ao mundo real. Logo, a doença é ponte entre uma virtualidade das verdades médicas e a consciência médica. Por isso, a medicina vai valorizar tanto os estudos anatomofisiológicos, os exames clínicos laboratoriais, a anamnese, etc., na formação acadêmica dos futuros médicos, bem como não vai permitir que seu exercício seja realizado por qualquer indivíduo. A verdade a ser revelada pela doença pertence ao médico. E a revelação dessa verdade se dá em dois tipos de ambientes: o fechado, que é aquele que tem a supervisão do médico; e o livre e indefinidamente aberto, onde a doença lhe escapa. Com o exame, o médico pode dizer: “siga as minhas recomendações, mas cale-se, e seu corpo responderá por você, dando respostas que só eu, por ser médico, poderei decifrar e analisar em termos de verdade” (FOUCAULT, 2006b, p. 396). No exame médico não se faz um inventário, mas assinalam-se os elementos que permitirão encontrar a solução ideal para um problema.

Com relação à segunda tecnologia confessional, temos a escrita, a escrita *médica*. Ora, o poder médico é domínio, é tentativa de mandar, e a melhor palavra que corresponde a esse funcionamento do poder médico é a noção de “direção”. Uma noção que tem origem na prática religiosa. A “direção de consciência” definiu, ao longo dos três ou quatro séculos que precederam o século XIX, um campo geral de técnicas e de objetos. Até certo ponto, algumas dessas técnicas e alguns desses objetos são importados, com essa prática da direção, para o campo médico. O médico é alguém que dirige o funcionamento do hospital e dos indivíduos. Entre o médico e o paciente, entre o médico e qualquer um, a palavra do médico aparece como tendo um poder maior. Na clínica, a lei da identidade pesa sobre o doente, obriga-o a reconhecer como verdade tudo o que o médico diz sobre ele. Na clínica, o mestre constituído é o médico, o mestre da verdade. Desse modo, a cura só será

viável se o indivíduo aceitar, dentre outras coisas, submeter-se ao direcionamento médico.

Outra vez, tomo uma dica do manual citado anteriormente, para explicitar melhor o que pretendo.

Quando é tomada a decisão de prescrever um medicamento, deve-se levar em conta que as duas principais funções da receita são informar o farmacêutico sobre qual fármaco e sob quais condições este deve ser fornecido ao paciente, e informar o paciente sobre as condições de uso do medicamento, o que é discutido adiante.

Além disso, a receita é um documento legal que sujeita o médico e o farmacêutico às leis de controle e vigilância sanitária vigentes, devendo o clínico, portanto, seguir estas normas:

Escrevê-la claramente a tinta (ou melhor, imprimi-la).

Evitar o uso de abreviaturas e termos técnicos, mesmo que sejam de uso corriqueiro.

Cuidar com a grafia dos números, especialmente o uso de zeros e vírgulas, evitando assim, erros de dosagem que poderão ser letais.

Usar receituário apropriado para a classe do fármaco prescrito.

Assinar claramente e carimbar a prescrição.

Usar folhas separadas para os diferentes medicamentos, a fim de evitar confusões. Se isso não for possível, três fármacos diferentes, no máximo, podem ser indicados em uma só receita, a menos que sejam magistrais (de fórmula).

Lembrar que a validade da receita é de 30 dias a partir da data de emissão, e que apenas seis unidades comerciais podem ser dispensadas por receita. A receita formal deve ser composta pela seguinte sequencias de informações:

- Cabeçalho: o nome, endereço, telefone, instituição e número de cadastro do profissional (geralmente impresso no receituário).
- Superinscrição: o nome e endereço do paciente que receberá o medicamento, seguido pela forma “uso interno” ou “uso externo”.
- Inscrição: o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração.
- Subinscrição: a quantidade a ser fornecida. No caso de fármacos controlados, essa quantidade deve ser escrita por extenso entre parênteses. Por exemplo, escreve-se “Dispensa 20 (vinte) comprimidos”.
- Transcrição: as orientações para o paciente.
- Data, assinatura e carimbo.

*Fonte:* BÉRIA, J.U. *Prescrição de medicamentos*, In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J et cols. **Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 145.

Se considerarmos cuidadosamente as características de uma receita médica, observamos que ela traduz quatro importantes funções da medicina; a

primeira função, tão antiga quanto a própria medicina, é a de fazer desaparecer segregações e/ou diferenças na sociedade: a medicina não é das crianças, nem dos idosos, nem dos pobres e nem dos ricos. A outra função é a de reconduzir o doente à salvação, à restauração de um estado ameaçado pela doença, pela anormalidade. A terceira função seria a de mostrar o caminho a ser seguido. Ora, dizendo como se deve viver, a medicina sinaliza uma de suas funções na sociedade que, é a de manter ou conservar os grandes valores sociais: é a medicina como guardiã da moralidade. Por fim, uma outra função da medicina é a judiciária. É a medicina que vai definir o que é normal e anormal, licito e não-licito (cf. FOUCAULT, 2001, p. 1248-1250).

Todas estas funções da medicina encontram na escrita médica uma tecnologia confessional, um modo próprio de articular os indivíduos e/ou a sociedade a uma condição. A escrita médica constitui uma das mais poderosas ferramentas de produção dos sujeitos, desde a modernidade. Por ela, a ordem médica atravessa de ponta a ponta todas as relações assimétricas do campo social, fazendo com que os indivíduos sejam vinculados a certas instâncias de poder e de saber, sem resistência alguma. A escrita médica expressa que, no confronto com o doente, seja no interior da instituição hospitalar, ou fora dela, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens. Uma das estratégias para essa dispersão é a escrita médica. A escrita médica estabelece uma disposição tática do poder; uma disposição graças a qual o poder pode ser exercido.

Mas, se há essa tal disposição tática é porque o problema, para poder ser o problema do conhecimento, da verdade da doença e da sua cura, deve antes de mais nada ser um problema de vitória. Desse modo, o que está efetivamente organizado na relação do médico com o doente, é um campo de batalha e o que há que ser dominado é a doença. Por conseguinte, a tática que vai ser aplicada pelo médico a este ou àquele doente, a este ou àquele subgrupo populacional, ou àquele grupo específico de doentes, neste sistema de poder, vai ser ajustada à caracterização, à localização, ao domínio de aplicação desta explosão da força e do seu desencadeamento. A escrita médica é a manifestação de uma força e a cura será a submissão de uma força à outra. Logo, a cura é o estado de submissão de

uma consciência a outra consciência, de um corpo a outro corpo, do corpo ao exame, do corpo à escrita médica.

A terapêutica constitui o princípio de estreita dependência do doente em relação ao poder médico; um poder posto em movimento por um homem, um homem que é normalizado e normaliza, é normatizado e normatiza, dentro de uma biopolítica, onde exerce esse poder tanto em função e a partir de um saber, quanto em função de habilidades físicas e morais que lhe permitem exercer, aparentemente, sem limites, ações de correção e de governo. E será a partir desse exercício que será possível a mudança das ideias, uma ortopedia moral. Nesse sentido, no ato terapêutico, podemos encontrar cenas de batalhas.

É importante, chamo a atenção, para a existência de outros enunciados discursivos, em que onde se constata a presença de conteúdos convidativos para que as pessoas mudem atitudes, e que essas mudanças pareçam valer a pena.

Mudar conhecimentos e atitudes, apenas (e mesmo facilitar o desenvolvimento de habilidades), não é suficiente para se conseguir reduzir os riscos. De que adianta a uma mulher de Fortaleza, por exemplo, saber como o HIV é transmitido, quando ela não pode se recusar fazer sexo com um marido infiel por medo de apanhar? De que vale tal conhecimento a uma menina de rua no Rio de Janeiro, a quem um cliente oferece mais dinheiro para fazer sexo sem camisinha? Todo dia, centenas de milhares de mulheres se defrontam com circunstâncias semelhantes (AGLETON, 2000, p. 118).

Haveria, assim, justificativas que levariam a crer que são necessários esforços para além daqueles efetuados pelos diversos organismos em garantir o fornecimento de tecnologias de proteção, como a camisinha, e de informações sanitárias. Seriam necessários esforços como o de garantir que os indivíduos não sofressem nem violência e nem discriminação sexual, bem como uma educação que lhes possibilitasse se contrapor à imposição de conteúdos, valores, verdades e ordens de comando. Possivelmente fazendo com que dentro de instituições de ensino médico, não estejam presentes discursos “não legítimos”, “não científicos”, considerados desqualificados, talvez ativados por uma arqueogenealogia, outras batalhas poderão ser instauradas e, quem sabe, a possibilidade para a emergência de um pensamento virulento que ponha em suspeita tanto o arcabouço pedagógico, como os conteúdos normalizadores do estudante médico.

#### **4.4 – A INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE CONTROLE**

Foucault demonstrou como a medicina, a partir do século XVIII, veio a conceber o corpo como uma realidade biopolítica, e em grande parte de suas obras assinalou pontos a partir dos quais fundamentou o que ele mesmo denominou de biopoder, algumas de suas práticas e as primeiras áreas de sua intervenção: a natalidade, a morbidade, as incapacidades biológicas, os efeitos do meio. De tudo isso, o biopoder fundamenta seu saber e define seu campo de intervenção.

Nos mecanismos implantados pelo biopoder, desde o século XVIII até os dias atuais, nas sociedades contemporâneas, denominadas, por Gilles Deleuze de “sociedades de controle” (cf. DELEUZE, 2006b, p. 219-226), a medicina vai se ocupar de modo mais refinado de previsões das doenças, de estimativas de adoecimento e morte, de medições globais; vai tratar, igualmente, não só de modificar algum fenômeno em especial, mas, essencialmente, de intervir nas determinações de fenômenos gerais, naquilo que eles têm de global (FOUCAULT, 2002, p. 293). Sendo assim, dentre os fenômenos de interesse da medicina na contemporaneidade, estão as práticas sexuais desprotegidas, consideradas como um dos principais fatores responsáveis pelo surgimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), importantes causas de óbitos. Assim, os discursos dirigidos aos indivíduos e às populações, produzidos pela medicina e disseminados pelos múltiplos meios disponíveis, no intuito de que as relações sexuais sejam feitas com proteção, ou seja, de que se use camisinha, são discursos biopolíticos.

O sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos. No século XVIII o sexo se torna questão de “polícia” [...] Polícia do sexo: isto é, necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição (FOUCAULT, 2005, p. 27-28).

Como disse Foucault, o sexo tornou-se um objeto político, e por isso, alvo de gestão. Com o advento da AIDS e o número gigantesco de óbitos por ela ocasionados, o sexo e as práticas sexuais tornaram-se alvos privilegiados da

biopolítica em sua tarefa de modificar e fazer a gestão da vida, em baixar os níveis numéricos de adoecimento; em suma, em seu engajamento na busca da longevidade, no encurtamento da existência humana.

Brilhantemente, Foucault apontou a desqualificação progressiva da morte como a mais clara manifestação do biopoder. A morte, que foi durante dezenas de anos um dos principais objetos de ritualização pública, deixou de sê-lo desde o fim do século XVII; e hoje, como nunca, constitui objeto de negação. É por isso que, nas sociedades contemporâneas, tanto os indivíduos com vida sexual ativa como os que têm potencialidade de a “ativarem”, são alvos de disciplinamentos e regulamentações, são indivíduos-alvo do convencimento de que devem utilizar medidas de proteção, convocados a se reconhecerem como co-responsáveis pelo seu estado de saúde, pela gestão de sua sexualidade, de seu corpo e de sua existência. A responsabilidade pelo cuidado está passando das figuras do médico e dos demais profissionais de saúde, reconhecidas autoridades do saber, para o próprio indivíduo. A vigilância sobre a prática sexual passa a ser exercida pelo próprio indivíduo, o responsável direto pela sua vida e por sua morte.

Assim, a forma do poder exercida pela indução de uma vigilância contínua do indivíduo sobre si mesmo encontra, na informação que adverte sobre riscos um ininterrupto convite à moderação (conf. VAZ, 1999, p. 105). Um convite, inclusive, que está sendo fortalecido com os avanços da biotecnologia. Pois, com o mapeamento do genoma humano e sua junção com a epidemiologia, nasce uma medicina que é preditiva; uma medicina não endereçada aos doentes, mas aos indivíduos sãos. Com os dados sobre o genoma, serão reveladas as pré-disposições dos indivíduos a contraírem doenças, e as pessoas tornar-se-ão doentes antes da hora.

No futuro, os pacientes em uma consulta médica para um check-up físico terão o sangue testado para vários auto-anticorpos preditivos em um único exame. Em um cenário plausível, o médico enviaria uma amostra de sangue a um laboratório, juntamente com os exames rotineiros de colesterol, glicose sanguínea e outros indicadores de saúde. Uma máquina passaria o sangue por um chip minúsculo, que exibiria uma série de auto-antígenos conhecidos. Os auto-anticorpos no sangue que se ligassem a um ou mais desses antígenos disparariam pulsos de luz, captados por um detector. Em questão de horas, o médico receberia uma leitura com uma tradução dessas informações em uma previsão da saúde do paciente (NOTKINS, 2007, p. 45).

Considerado, hoje como um conjunto de *bits* a ser transferido pelas ondas da *web*, capturado e armazenado para futuras transações capitalistas, o indivíduo potencialmente capaz de adoecer, ou já doente, tornou-se objeto de marketing. Sua doença é o marketing das grandes empresas farmacêuticas e do saber médico. Antes, sua dor abria-lhe as portas; hoje, quem lhe abre as portas é seu cartão de acesso e, num futuro não muito distante, suas moléculas. Estamos diante de uma nova medicina, “sem médico e nem doente”. Viver, agora, depende de saber operar na distância entre tudo o que pode acontecer e o que é mais provável que aconteça; depende da restrição de possibilidades – e não de sua invenção. Os mediadores na relação de cada um consigo mesmo não precisam mais ser aqueles que vigiam; cabe, sim, aos meios de comunicação, informar aos indivíduos sobre os riscos que correm, dado o que fazem e o que trazem como herança genética (conf. VAZ, apud PACHECO & COCCO, 2002, p. 143). Generaliza-se o conceito de “portador” e provoca-se o desaparecimento gradual da distinção entre estados de saúde e doença. Pelas predisposições e pelos hábitos de vida, todos somos portadores virtuais de alguma doença. Desse modo, pela crença numa possibilidade oriunda de estudos avançados, devemos nos comportar como doentes sem ainda estarmos doentes.

Não se trata mais, portanto, daqueles corpos laboriosamente convertidos em **força de trabalho**, esculpido em longas e penosas sessões de treinamento e disciplina para saciar as demandas de produção industrial [...] Em lugar dessas configurações, agora emergem outros tipos de corpos e outros tipos de subjetividades: **autocontrolados**, inspirados no modelo empresarial, imbuídos a administrarem seus riscos e seus prazeres de acordo com o seu próprio capital genético, avaliando constantemente o menu de produtos e serviços oferecidos no mercado, com toda a responsabilidade individual necessária em um mundo onde impera a lógica automatizada do *self-service* e onde a exterioridade se superpõe à interioridade (SIBILIA, 2002, p. 206-207, grifos da autora).

Se uma característica fundamental da “sociedade de controle” é a nova relação entre atores leigos e peritos, em que a opinião ou conselho de algum cientista sobre algum tema (dieta, saúde, etc.) rapidamente passa para a consciência e à rotina diária dos indivíduos, através dos meios de comunicação, a

necessidade de se empregar a camisinha tornou-se uma espécie de carro-chefe dos discursos biopolíticos presentes nas publicidades sanitárias. O que se objetiva concretamente com tais discursos é que a conduta dos indivíduos e da massa se torne cada vez mais governada pelo consumo de um conhecimento considerado reflexivo, de modo que se desloque ou se esvazie aqueles discursos incorporados pela tradição ou pela força do hábito.

A medicina parece pretender, como nunca, permear as mentes das pessoas com seus achados, na expectativa de que a concepção de risco que ela produz torne-se a base para a gestão da vida humana.

O mais seguro de todos os comportamentos sexuais, como ensinam muitos sistemas religiosos e éticos, é a abstinência. O único material preventivo que uma pessoa precisa é aquela droga maravilhosa, o “autocontrole”. Não saia de casa sem ela. [...] Depois que o cérebro informado, pensativo e bem controlado estiver engajado, pode não haver necessidade da “reflexão de látex” (JENKINS, 2007, p. 296).

Com esta afirmação, o que Jenkins reafirma é a clara necessidade de disseminar, de fazer chegar até o ponto mais extremo das relações sociais aquelas informações relacionadas às descobertas, aos novos achados em saúde, capazes de promoverem mudanças comportamentais que garantem uma “vida saudável”. Para ele, como para todo o sistema sanitário da atualidade – e isso desde o século XVII –, a vida e a morte estão na dependência do conhecimento. Um conhecimento qualificado, revestido de cientificidade, que é preciso fazer circular, fazer chegar até as extremidades do tecido social, e cuja adesão ao mesmo poderá defender a sociedade, preservar a vida. Quando isso acontecer, segundo Jenkins, quando o cérebro estiver plenamente imerso, banhado nesse oceano de informações, não haverá necessidade de dizer: “use a camisinha, use o 'látex’”.

Os homens sempre atribuíram à doença diferentes fins. Mas, é preciso datar o período a partir do qual, a doença passa a ser empregada como meio de instruir e de corrigir o sujeito. Desde que convenceram o homem de que ele, mediante seu comportamento, sua conduta, seus hábitos de consumo e seu estilo de vida, é responsável direto por suas doenças. A estas foi atribuído certo papel pedagógico. Utilizando-se da doença, diversos discursos foram fabricados para o homem,

afirmando que existem comportamentos que ele deve abandonar, de que mudanças devem ser efetuadas em seu modo de viver, em suas escolhas, aonde habitar, o *quê e como deve comer, com quem* pode e deve conviver ou relacionar-se. A doença, de anormalidade, passou a ser normalizante. De disfunção orgânica e corpórea, que é concebida por muitos, a doença adquire papel importante na ortopedia da razão, na promoção da docilidade dos corpos e na pedagogia social.

Na escalada pela saúde perfeita, que parece não ter fim, observa-se o desenvolvimento de uma bio-história, uma história de novas relações entre o poder político e o corpo dos viventes, entre o poder político e o corpo populacional. Nessa bio-história, foi transcrita a linguagem da doença, do corpo doente, num discurso capaz de corrigir os desvios, restaurar a anormalidade, proteger a sociedade. Uma linguagem capaz de penetrar todo o “tecido do doente” e exercer efeitos de ajuste. Para que tivesse penetração, essa linguagem necessitou ser revestida de caráter de verdade, de uma dimensão técnico-científica inquestionável.

## QUINTA DISSERTAÇÃO

Verifica-se hoje “uma nova moral do homem cotidiano [...]: moral do bem-comer (sem colesterol), beber um pouco (vinho tinto para as artérias), ter práticas sexuais de parceiro único (perigo da AIDS), respeitar permanentemente sua própria segurança e a do vizinho (nada de fumo). Trata-se de restaurar a moralidade plugando-se de novo no corpo. O controle sobre o corpo não é um assunto técnico, mas político e moral [...] tem a ver com o controle de si mesmo pelo corpo, em razão do enfraquecimento dos controles institucionais e de sua substituição pelo mercado. O controle do corpo só é possível por uma nova disciplina, uma nova moral, moral do controle do *self* pelo *self* a serviço de uma ordem social harmoniosa generalizada. O *self* “natural” saberá opor-se vitoriosamente ao mercado (SFEZ, 1996, p. 68).

## 5.1 – VERDADE MÉDICO-CIENTÍFICA E MORAL

A sociedade contemporânea é uma sociedade que produz e consome palavras de ordem. E palavras de ordem exercem, de certa maneira, efeitos de morte da vontade. Pode parecer estranho, já que a imposição de uma vontade sobre outra é, igualmente, afirmação da vontade. Só que, na perspectiva da *vontade de poder*, trata-se da hierarquização das forças, e a medicina, que é uma arte de governar os corpos, vai exercer a sua tarefa de correção pela elaboração de palavras de ordem, na expectativa de que há um “bem” a ser promovido e alcançado, que é a cura de corpos doentes e a promoção de uma maior longevidade para esses corpos.

Os homens há muitos anos, elegeram instâncias, indivíduos ou grupos para que, sobre eles, exerçam a função de comando. O homem tornou-se, ao longo de sua existência, um animal que manda e que obedece. Só que a busca por mando é típico do tipo que não é suficientemente capaz de se impor. Por isso, segundo Nietzsche, o homem tornou-se um animal que busca pastor. E a função delegada ao pastor, pela ovelha, é a de que aquele a proteja dos ataques de outros animais, bem como a conduza por *verdes pastos* e *planos*. Tendo o pastor como guia, a ovelha segue suas ordens, seu comando, a direção que lhe indica. É a força, *ainda fraca*, que precisa de meios para subsistir.

O discurso do pastor é o da proteção e o da conservação da ovelha; só que proteção e conservação são estados condicionados à docilidade, à obediência e à confiança. Assim, o homem se habituou a receber palavras de ordem, a escutar comandos de *como* se conduzir, de *como* viver; a esses comandos foi dado um *status*, um lugar privilegiado, um valor. E hoje, o que temos? Uma sociedade que consome desenfreadamente aconselhamentos, dicas, informações, manuais, códigos, como se sua vida, a duração de sua existência, estivesse na dependência direta da quantidade do que consome e do assujeitamento às mesmas. Ou seja, temos uma sociedade *doente*, *fraca*, e aí, a possibilidade de salvar-se é obedecer a outros.

... o homem ocidental aprendeu durante milênios o que nenhum grego sem dúvida jamais teria aceitado admitir, aprendeu durante milênios a se considerar uma ovelha entre as ovelhas. Durante milênios, ele aprendeu a pedir sua salvação a um pastor que se sacrifica por ele. A forma de poder mais estranha e mais característica do Ocidente, aquela que também viria a ter a fortuna mais vasta e duradoura, creio que não nasceu nas estepes nem das cidades. Ela nasceu no âmbito do homem de natureza, não nasceu no âmbito dos primeiros impérios. Essa forma de poder tão característica do Ocidente, tão única, creio, em toda a história das civilizações, nasceu, ou pelo menos inspirou seu modelo no pastoreio, na política considerada assunto de pastoreio (FOUCAULT, 2008b, p. 174).

O que Foucault está a referir é o poder pastoral cristão, um pastorado que deu lugar, posteriormente, a toda uma arte de conduzir, de dirigir, de levar, de guiar, de controlar, de manipular os homens, de modo calculado e refletido. Ora, o pastorado cristão está relacionado com importantes elementos, na perspectiva de Foucault, que, *grosso modo*, são: a salvação, a lei e a verdade. O pastor é aquele que conduz a ovelha para a salvação, uma condição alcançada quando essa se submete à lei prescrita pelo pastor. Mas, não somente. O modo como pastor e ovelha, ovelha e ovelha, estão relacionados é, segundo Foucault, algo muito específico do pastorado cristão.

Na relação entre pastor e ovelha há um elemento fundamental, que é a confiança incondicional da ovelha no pastor. É aqui, como sinalizei no início, que se dá, pelas palavras de ordem, um efeito de morte. Não falo da morte física; refiro-me a outro tipo de morte, àquela que se dá pela anulação da vontade própria. A ovelha, para salvar-se, acaba matando sua própria vontade, e morre. É essa experiência de morte que pode ser verificada na relação entre médico e doente. Se esse quer se salvar, deve anular sua vontade e aderir, de modo incondicional, ao preceito médico. Sua salvação, a cura de seu corpo, está na dependência de sua morte mesma.

Essa ambiguidade, entretanto, é característico do jogo de forças que constitui o mundo. Destruição e criação são fenômenos inerentes à vontade de poder. Aquele que quer se afirmar *também* em diversos momentos de sua existência terá que destruir-se para que o novo ocorra. Não há *de vir* sem destruição e criação. Por isso não tem importância alguma o *que aparece*, pois o que aparece é sempre transitório; o que conta é o próprio *de vir* que é, de certo modo, um jogo de nascer e morrer. Assim, na relação com o médico, não há possibilidade da afirmação da

própria vida, sem o aniquilamento da própria vontade, já que o saber médico pode potencializar a vida na busca por mais força.

A morte da vontade do doente e a afirmação da vontade do médico são forças em jogo, e esse jogo é o preço necessário para que o corpo do doente não pereça. A cura é, pois, resultado desse efeito de forças em relação, dessa relação de poder e de saber que estabelece uma moral médica capaz de fortalecer o corpo.

Não diferentemente do pastorado cristão, o repasse dos conteúdos sanitários, feito pelos profissionais de saúde, deve passar também por uma observação, por uma vigilância, por uma direção exercida a cada instante e a mais contínua possível, sobre a conduta integral dos doentes e da população. Daí o estabelecimento de sistemas de informação em saúde, em que estão registrados dados dos indivíduos que fizeram qualquer tipo de contato com unidades de saúde, seja na busca de serviços (ex.: consulta médica ou odontológica, internamento, exames de diagnóstico), ou de produtos (ex.: medicamentos, vacinas, próteses ortopédicas). Informações como idade, gênero, endereço, data de nascimento, presença (ou não) de doenças crônicas, os tipos de doenças, data da primeira consulta, tempo de internamento, custo da assistência recebida e dos produtos dispensados, são exemplos de dados coletados e utilizados pelo pastorado médico. Além do mais, graças ao desenvolvimento desses instrumentos, é possível o agendamento eletrônico de cada atendimento, que facilita, desse modo, o alocamento dos indivíduos e das ações a eles destinadas.

O plano de fundo sobre o qual penso o poder pastoral médico como sendo um jogo de práticas ascéticas é aquele problematizado por Michel Foucault, em sua conferência de 1972 no Rio de Janeiro, intitulada: *O nascimento da medicina social*. Busco acompanhá-lo em seu raciocínio.

Procurarei mostrar o contrário: que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente (FOUCAULT, 1998, p. 79).

Enquanto os indivíduos reclamam uma aproximação maior entre o médico e o paciente, Foucault chamou-nos a atenção de que essa *aproximação* é um componente *menor* (no sentido menos importante, menos privilegiado) da assistência médica. Ou seja, o mais importante não é o corpo do indivíduo, mas um outro corpo: o corpo social. E o corpo social não é em nada abstrato, trata-se do corpo da população. Esse corpo, disse-nos Foucault, é uma realidade bio-política.

A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (FOUCAULT, 2002, p. 302).

Como a medicina vai exercer esse *poder* e obter determinados tipos de *saberes*? Como exercer efeitos disciplinares e regulamentadores? E como tudo isso está relacionado com o ascetismo médico? Essa medicina que regulamenta e que disciplina, essa *vigilância médica*, tem uma história, seu programa, seus modos de aplicação.

Estas análises históricas sobre o nascimento da ciência e da reflexão sobre o Estado, no século XVIII, têm somente por objetivo explicar como e porque a medicina de Estado pôde aparecer primeiramente na Alemanha [...] A polícia médica, que é programada na Alemanha, em meados do século XVIII, e que será efetivamente posta em aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX, consiste em:

1º) Um sistema muito mais completo de observação da morbidade do que os simples quadros de nascimento e morte. Observação da morbidade pela contabilidade pedida aos hospitais e aos médicos que exercem a medicina em diferentes cidades ou regiões e registro, ao nível do próprio Estado, dos diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos observados.

2º) Um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos. Procura-se deixar às universidades e sobretudo à própria corporação dos médicos o encargo de decidir em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. Aparece a idéia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplica-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado (FOUCAULT, 1998, p. 82-83).

Olhemos para esse sistema de observação do estado de saúde da população, e vejamos o que temos. Primeiramente, observemos a sua dimensão

macrofísica e, depois, suas capilaridades. O que vamos encontrar? Um verdadeiro sistema de registro, de monitoramento, de avaliação das práticas médicas, das práticas de gestão da saúde; encontramos igualmente um diagnóstico e um prognóstico da saúde desse corpo populacional, as projeções de melhoria e/ou de agravamento dessa saúde, o reconhecimento de certos “obstáculos” para se alcançar uma saúde melhor, as recomendações para que sejam superados tais obstáculos etc.

No Relatório Mundial de Saúde, publicado em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou os avanços e as desigualdades das condições sanitárias em diversos países dos continentes do globo. No anexo 1 (Figura 1.1) observamos a redução da mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos nos últimos 30 anos em alguns países. No país africano, Sultanato de Omã, por exemplo, se as crianças ainda estivessem a morrer às taxas de 1975, teriam ocorrido, globalmente, cerca de 16,2 milhões de mortes em 2006. De fato, ocorreram apenas 9,5 milhões dessas mortes. Esta diferença de 6,7 milhões equivale a salvar 18. 329 vidas de crianças todos os dias. Trata-se de um resultado obtido às custas de importantes investimentos econômicos com a aquisição de tecnologias, com a capacitação de pessoal, com aquisição de insumos médicos e farmacêuticos, com o fornecimento de água potável, com a construção de hospitais e de unidades de saúde para atenção primária, dentre outras coisas. Apesar das desigualdades sociais, que não é o foco de minha questão, apesar disso, nós vamos encontrar na maioria dos países do mundo uma política que tem por objetivo não deixar a vida humana experimentar o infortúnio da doença e da morte.

Essa vigilância sobre o fenômeno da morte e da doença só será possível graças a toda uma engrenagem de pessoal e de informação. Médicos e não-médicos, todos engajados em um sistema de registro, de notificação e de envio de informações que, uma vez consolidadas, permitirão que sejam conhecidas as causas de morte e de adoecimento de uma determinada população. Será possível, além disso, a realização de análises comparativas entre determinadas regiões do mundo, entre cidades de um mesmo Estado e entre Estados de uma mesma nação, bem como analisar comparativamente as causas de adoecimento entre as populações de uma mesma região.

No Brasil, com a promulgação da Lei 378, de 13 de Janeiro de 1937, tornou-

se obrigatório o registro sistemático dos fenômenos de adoecimento e de morte, com o objetivo de se desenvolver uma atividade de informação para a promoção da saúde pública. A Lei dava nova organização para o Ministério da Educação e Saúde Pública:

Art. 61. Para promover o desenvolvimento da cultura sanitária do povo, pela divulgação de conhecimentos de higiene individual e de saúde pública, inclusive os relativos à criança, haverá o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, que passa a substituir a Secção de Informações, Propaganda e Educação Sanitária, da actual Directoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75953>>. Acesso em 11/10/2010).

Atualmente, o Ministério da Saúde conta um sistema de informações que traduz a realidade do binômio saúde-doença de todos Estados do Brasil. A criação de um banco de dados relacionados às causas de óbitos e às principais doenças que acometem a população brasileira, o DATASUS, possibilita tanto profissionais de saúde como os gestores dessa política, a monitorarem o estado de saúde da população e a elaborarem estratégias de intervenção no intuito de se obter melhorias.

Criado por meio do Decreto 100, de 16 de Abril de 1991, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, o DATASUS, teve suas competências definidas em 2002, por outro Decreto, o de Nº 4.194, de 11 de Abril de 2002. A disponibilização de um acervo de informações por esse sistema tem como prerrogativa a concepção de que: “A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde” (Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2002/4194.htm>>. Acesso em 11/10/2010).

No presente momento, com a disponibilização de informações médicas e sanitárias na Internet, por exemplo, as pessoas estão trocando o encontro corpo a corpo com o médico por consulta a revistas, jornais e recomendações presentes em *sites* médicos. Só que a escuta e a fala, procedimentos básicos do processo ensino-

aprendizagem, não estão presentes na maioria desses espaços, condicionando o leitor a fazer interpretações por si mesmo. Nesse sentido, Sfez anuncia que há uma nova moral em *andamento*, que se caracteriza pelo controle do corpo pelo próprio indivíduo.

Para Sfez, trata-se do estabelecimento de uma relação de comando e de obediência *por si e a si*, mediada pela informação, pelos aconselhamentos, pelas dicas que proliferam no mercado. Essa moral *em andamento*, e eu acrescentaria, em processo veloz de cristalização, sedimenta a sociedade que Deleuze denominou de controle. E o controle sobre si mesmo, mediado pela informação médica, é, a afirmação sofisticada do ascetismo médico.

O consumo das informações é objetivado com a finalidade de que esse controle ínfimo, mas eficiente, seja efetuado. Atingindo os mais distantes pontos do tecido social, as informações médicas vão exercer efeitos sobre indivíduos que nunca estiverem em contato, corpo a corpo, com um profissional de saúde. Doravante, não será necessário ir ao médico para saber o que fazer para não adoecer, ou para se curar de alguma doença; basta estar conectado à TV, ao Rádio, às mídias em geral.

Com a sociedade midiática, o que observamos é que, para cada dimensão da existência, são estabelecidos novos grupos de códigos médicos a serem seguidos. Para a saúde, para a nutrição, para a beleza, para o amor, para o trabalho, para o lazer, para o vestuário, para a moradia, para a educação etc.

Primeiramente, ia-se ao médico para que este fizesse o diagnóstico; hoje se assiste à TV, vai-se à Internet para lá saber o que se tem e o que fazer para se curar. No ciberespaço, diversas são as normas que são fabricadas e postas em circulação, para que o homem delas faça uso, a elas se submetam, as consumam, na expectativa de que vivam, se conservem, se perpetuem. Assim a consulta midiática acaba exercendo a direção de consciência.

Mas, esse controle sobre si mesmo não tem nada a ver com uma relação de independência, senão de dependência com relação ao especialista. Agora, à luz dessas informações em saúde, as pessoas, ao examinarem suas consciências, vão poder dizer ao médico o que fizeram e o que não fizeram, as situações de perigo a que foram expostas, as transgressões e os progressos, ou seja, vão ancorar ainda mais o exercício ascético de submissão de si mesmos ao perito, à verdade.

E será a partir desse exame de consciência que o indivíduo vai formar, de si, a cada instante em que se consulta, em que lê, em que é informado, certo discurso de verdade. E será na relação que estabelece entre si e esses discursos, que ele vai extrair um tipo de verdade que o ligará àquele que o conduz. Trata-se de um processo de individualização que, como diz Foucault:

... vai se dar não pela designação, pela marcação de um lugar hierárquico do indivíduo. Ela não vai se dar, tampouco, pela afirmação de um domínio de si sobre si, mas por toda uma rede de servidões, que implica a serviço geral de todo o mundo em relação a todo o mundo, e ao mesmo tempo a exclusão do egoísmo como forma central, nuclear do indivíduo. É portanto uma individualização por sujeição [...] é uma individualização que não vai ser adquirida pela relação com uma verdade reconhecida, [mas] que, ao contrário, vai ser adquirida pela produção de uma verdade interior, secreta e oculta (FOUCAULT, 2008b, p. 243).

A disseminação explosiva da informação em saúde pode ser percebida como uma prática de vigilância, de normatização da vida. A medicina preventiva, que não é outra coisa que uma vigilância dos comportamentos dos indivíduos, encontra, na fabricação e na disseminação das informações, a possibilidade de normatizar e de controlar.

## **5.2 – INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE MANDO**

As informações são obtidas, ou por inquéritos médicos – quando na clínica o médico vai indagar o que ocorreu, –, ou por exames. A vigilância à saúde, que é vigilância dos corpos, não vai se deter nos sintomas, naquilo que os indivíduos relatam sobre suas doenças, mas nos exames clínicos, nos achados investigativos, nas notificações ininterruptas dos casos. É uma vigilância permanente sobre o homem, por alguém ou por um grupo de indivíduos que exerce sobre ele um poder – agentes de endemias, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras. Trata-se de uma rede de poder que, como diz Foucault: “enquanto exerce esse poder, tem a possibilidade tanto de vigiar quanto de constituir, sobre aqueles que vigia, a respeito deles, um saber. Um saber que tem [...] por

característica [...] determinar se um indivíduo se conduz ou não como deve, conforme ou não a regra, se progride ou não” (FOUCAULT, 2003, p. 88). Assim, as informações em saúde são esse saber obtido a partir de uma prática de vigilância, de registro, de exames, de notificações.

A informação em saúde é um instrumento de controle, e informar é uma estratégia para regular a vida dos indivíduos. Ela é a governamentalidade direta do médico, um meio de medicalizar permanentemente a sociedade; é a via pela qual a verdade fabricada será posta em circulação e se imporá em nome e em função da racionalidade sanitária. Logo, estamos falando de um mundo em adoecimento, indefinidamente, e nos detalhes, através da informação. Mas, um mundo que é dilacerado pela sublevação dos “desobedientes”, que introduzem nele a dimensão da “subjetividade”.

Quando afirmei que a informação em saúde é instrumento de uma vontade de poder, estou afirmando que toda essa “logística” médica pode encontrar, nas desobediências, a possibilidade de um fracasso, de um insucesso médico, de um desperdício financeiro, de uma deficiência do controle e da normalização das condutas. Só que a desobediência, às vezes, se confunde com *devoir*. O *devoir* é este abalo, essa fratura constante que ameaça o sistêmico, o orgânico, o homogêneo, daí se compreende a razão pela qual são tão valorizados os processos de conscientização.

Uma das primeiras coisas desencadeadas nessa rede de forças, por aqueles que se aventuram na afirmação de *sua* força, é pôr em dúvida a veracidade daquilo que é informado. É a busca de uma autonomia que não é a do coletivo, do *rebanho*, mas a de uma autonomia que se dá a partir das conexões possíveis neste emaranhado de pontos plásticos, gerando o imprevisível.

Se a norma médica traz uma possibilidade de enfraquecimento de uma das vontades em relação, ela traz também uma possibilidade de criação, de um *devoir* que: “é *também outra coisa*, inseparavelmente ligada a essa: é como um grito de alarme ou uma mensagem de fuga” (DELEUZE & GUATTARI, 2005, p. 54). Não podendo escapar-lhe, resta retirar dela sua potencialidade, suas senhas, as possibilidades de passagens. Mas, como? Ocupando as mesmas rotas nas quais e pelas quais se dão as capturas; tal como um circuito elétrico, que anuncia ao eletricitista onde se dará queda das tensões de energia elétrica e este se apropria de

suas junções para nelas fazer reparos e estabelecer passagens de correntes. Assim, é possível que, a partir das ordens de comando, aquele que pretende resistir extraia as potencialidades para escapar.

É possível escapar sem *enfraquecer-se*, sem necessariamente *retirar-se* dos mesmos espaços. Dito de outro modo, existe, sim, uma associação entre conhecimento sanitário e afirmação da vida. Primeiramente, e principalmente, porque com o conhecimento o homem se torna consciente de sua força, ou seja, por meio dele é possível exercer efeitos de poder. Em segundo, porque pelo conhecimento o homem ultrapassa os demais, no que diz respeito ao abandono de antigas crenças e ao estabelecimento de outras, e isso é, igualmente, a busca pelo exercício de poder. E a terceira razão é o sentimento de superioridade frente aos demais, já que conhecer corretamente algo dá àquele que a conhece a sensação de superioridade.

Podemos dizer que a doença que ameaça a integridade física dos indivíduos, suas vidas *orgânicas*, é passível de cura graças à intervenção dos saberes de outros, de seus recursos e de sua dedicação. A verdade, que não se cansa de se mostrar, repetitivamente, indica tanto ao médico como ao doente o caminho que se deve seguir para adquiri-la e como dela fazer uso para triunfar sobre o mal.

Olhando a literatura biomédica, vemos que a manifestação da verdade dá-se paralelamente à clínica como ciência, e que a clínica é pedagogia, pois desde a Grécia Antiga essa literatura forma grupos de pessoas, constituídos por professores e aprendizes, em que o ato de examinar e o esforço de reconhecer se realizam conjuntamente. Se pensarmos, por exemplo, na visita médica, em que professores, alunos e doentes se confrontam com a doença, vemos, segundo Foucault que:

A experiência médica, em sua estrutura e em seus dois aspectos de manifestação e de aquisição, tem agora um sujeito coletivo; não é mais dividida entre o que sabe e o que ignora; é feita solidariamente por aquele que descobre e aqueles diante dos quais se descobre. O enunciado é o mesmo: a doença fala a mesma linguagem a uns e a outros (FOUCAULT, 2004b, p. 121).

O ato de descrição autoriza a transformação tanto dos sintomas como dos

sinais, de modo a possibilitar as passagens de sadio à doente e de doente à sadio. É justamente nesse labor que se estabelece o vínculo entre os acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico, no qual são formulados os discursos de verdade. O olho do médico que vê e que segue é que fala sobre a verdade. Um olhar que se sofisticava ao longo dos anos, um olhar que busca corrigir, normalizar o corpo desviante e, que ao decifrar a doença, estabelece uma gramática.

Um homem tosse; cospe sangue; respira com dificuldades; seu pulso é rápido e forte; sua temperatura se eleva: tantas impressões imediatas, tantas letras, por assim dizer. Todas reunidas, forma uma doença, a pleurista: "Mas o que é, portanto, uma pleurista?... É o concurso desses acidentes que a constituem. A palavra pleurista nada faz além de retratá-los de maneira mais abreviada (FOUCAULT, 2004b, p. 131).

A medicina dá nome à doença liberando, assim, uma verdade que traduz uma relação entre constituintes que até então permaneciam em segredo, mas que, à luz do exame (o olho), é revelada e, agora sob análise, desvela seus atritos. A *verdade* é captada pelo olhar porque é *sensível* e capturada se converterá em conselhos de prudência e evidências médicas.

O esforço do asceta positivo é justamente seguir essa verdade, sua revelação aos homens, decifra-la, internaliza-la, aplicá-la à vida. Transformada em conselhos ou recomendações, a verdade é capaz de modificar as deformações, os elementos deslocados, destruídos ou modificados verificados no corpo. O corpo sadio é o testemunho *vivo* do poder curador da verdade, da recompensa do esforço da ascese médica, é a prova inquestionável, incontestável de uma verdade.

O corpo curado não somente fortalece a crença nos discursos médico-científicos, mas igualmente enaltece a concepção de que a cura é resultado da disposição do saber médico, somatória das experiências, registro de efeitos cronologicamente demarcados pela história da medicina. Corpo, verdade e cura constituindo uma tríade conceitual. Uma continuidade das obsessões que há milênios concebem o corpo como o palco sobre o qual se dá o triunfo do homem sobre o mal, mediante o emprego ou participação de elementos *divinos*. Se o homem pode morrer pela doença, ele pode triunfar sobre ela por meio da obediência. Vida e morte diante do homem, aguardando somente a tomada de uma

decisão: seguir ou não seguir a verdade.

Quando o corpo é interrogado pela clínica ele lança à superfície elementos que antes estavam dispostos em profundidade. Os olhares dos clínicos, dos anatomistas, dos histologistas, dos cirurgiões, por exemplo, transpõem para o papel, a leitura que esses realizam mediante um conjunto de técnicas ampliadoras daquele olhar qualitativo. O que *é escrito* é concebido como o registro fidedigno da verdade confessada pela carne. Se

Outrora, os médicos se comunicavam com a morte por intermédio do grande mito da imortalidade, ou ao menos dos limites, pouco a pouco recuados, da existência. Agora, esses homens que velam pela vida dos homens se comunicam com sua morte sob a forma fina e rigorosa do olhar (FOUCAULT, 2004b, p. 184).

O que está sob o olhar cai sob o domínio do saber possível. Daí a rejeição a tudo o que não permite conhecer, perscrutar ou *invadir* o corpo. A ascese afirmadora da vida solicita certo rigor. Medidas e composição fornecidas com exatidão, nada de invisibilidade. Sem a exatidão não poderá haver uma *boa prescrição*. A doença é um *desvio perpétuo*, por isso é necessário acompanhá-la, por isso valoriza-se um “olhar que tudo vê”. Entretanto: “O olhar que envolve, acaricia, detalha e anatomiza a carne mais individual e aponta suas feridas secretas é o olhar fixo, atento, um pouco dilatado que, do alto da morte, já condenou a vida” (FOUCAULT, 2004b, p. 190).

## SEXTA DISSERTAÇÃO

Transitivamente, o verbo pensar, mais primitivo do que uma cogitação cartesiana, anterior a toda contemplação curiosa donde surgiria a indagação, a pesquisa e a metodologia, *é pensar feridas*, é colocar pensos – curativos, emplastos – procurando suavizar as dores e, afinal, chegar à maravilha da cura. Pensar, nesta condição anterior a todo raciocínio lógico é um *ato de salvação*. A primeira reflexão é, então, o ato de debruçar-se cuidadosamente sobre as feridas a pensar (SUSIN, 1996, p. 404, grifos do autor).

## 6.1 – O ÊTHOS DA VONTADE DE PODER

Diferentemente do Estado (que quer aglomerar, formar metrópole, sistematizar, identificar, estabelecer roteiros e modelos), pelo pensamento se é capaz de inventar sempre uma “nova” moral, que se contrapõe à “atual”; é por meio do pensamento que pode-se resistir ao presente. Nesse sentido pode-se dizer que pensar é cuidar-se, é um ato terapêutico, um ato *médico*.

Seguindo a reflexão de Luiz Carlos Susin, o pensamento é resultado de uma provocação. A convocação ao pensamento é, indiscutivelmente, mais frequente quando se está, não em situações de felicidade, mas quando estamos diante da necessidade de estabelecermos um tratamento e/ou alívio à dor. São nessas circunstâncias que emergem os pensamentos mais densos e urgentes. Em última instância, por trás do peso e da inquietude do pensamento está a morte, compreendida como o término de nossa existência; a morte como aquilo que sinaliza nossa finitude. É a morte que nos convida a pensar.

Já sinalizei anteriormente que não estou fazendo nenhuma apologia ao *morrer*, ou ao *sofrimento* e nem à doença. Mas, na perspectiva dos filósofos com quem procuro pensar a temática do ideal ascético médico, recusar a finitude do homem, além de pôr a garantia de felicidade no uso da racionalidade, envolve uma idiosincrasia. Se a vida é pura ambiguidade, transitoriedade, negar sua finitude ou, pior, ver na morte algo a ser negado, me parece um verdadeiro atentado contra a vida, contra o homem. Ao contrário do que se pode acreditar, a vida não pode ser pensada sem aquilo que a constitui e que lhe afirma. A morte, não é, ao contrário do que pode pensar o negativo da vida, o que há de pior nela; ao invés disso, a morte pode sinalizar a potência da vida mesma.

A história natural da doença<sup>23</sup> que a medicina elaborou terminou por associar

---

<sup>23</sup> A história natural da doença é o nome dado ao conjunto de processos interativos verificados em dois períodos sequenciados: o período epidemiológico e o período patológico. No primeiro, o interesse é dirigido para as relações susceptível-ambiente; no segundo, interessam as modificações que se passam no organismo vivo. A história natural da doença abrange dois domínios que se interagem: o meio ambiente, onde ocorrem as pré-condições, e o meio interno, o *locus* da doença, onde se processaria, de forma progressiva, uma série de modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas, próprias de uma determinada enfermidade. A utilidade do quadro que a história natural da doença permite-nos desenhar é a de reconhecermos os diferentes métodos de prevenção e controle das doenças, servindo de base para a compreensão de situações reais e específicas, tornando operacionais as medidas de prevenção (ROUQUAYROL, 1994, p. 10).

a vida instintiva (guiada pelos afetos e emoções) a uma vida de decadência, de adoecimento, de fraqueza e de risco para a existência. Daí que as garantias de longevidade, de saúde e de bem-estar defendidas pela medicina, estão relacionadas à adesão do corpo, por meio do intelecto, aos preceitos, às normas e recomendações que ela elabora. O que a medicina ocidental fez ao longo de sua história, por influência do platonismo, foi tornar a vida natural uma ameaça à própria existência. Em vez de salvá-la<sup>24</sup>, ela condena a própria vida. Mas a vida é puro instinto. É preciso, pois, ponderar: “uma condenação da vida por parte do vivente é, afinal, apenas o sintoma de uma determinada espécie de vida: se tal condenação é justificada ou não, eis uma questão que não chega a ser levantada” (NIETZSCHE, 2006b, p. 36).

Desde o século XVIII, a medicina não cessou de incorporar tecnologias que visam a conservação da existência do homem, uma vontade de salvar o mundo, própria do cristianismo. Agindo assim, tornou-se também religião. Daí, dela advirem todos os tipos de recomendações e preceitos para conservar o homem. O mundo tornou-se uma arena povoada de vidas a serem corrigidas. A sociedade tornou-se um hospital e o médico tornou-se seu principal gestor.

O que fez o médico? Associou, às doenças, males, sofrimentos, dor e a morte, na tentativa de promover alívio e consolo. Por isso a tarefa infinita que atribuiu a si de descobrir suas causas, suas origens, os processos de adoecimento, proporcionando um sentimento de poder àqueles que se entregam a esta tarefa. Ora, frente ao desconhecido, surgem sentimentos de medo, de desassossego, de preocupação. O instinto de preservação nos lança na tentativa de *eliminar* esses estados penosos e nos põe em fuga das ocasiões de ameaça. Assim, o homem passa a condicionar sua vontade aos regimes de verdade elaborados pela medicina, na tentativa de sobreviver, de se conservar e se preservar. Esta é a razão pela qual *dele* será exigida uma *responsabilidade*, que nada mais é do que a possibilidade de julgá-lo e puni-lo.

Com os mais sofisticados meios de diagnóstico, é possível encontrar o culpado pela doença e/ou pelo adoecimento. Os homens serão considerados saudáveis na medida em que não forem considerados culpados, responsáveis pelos fenômenos de distúrbios orgânicos da vida. Eis, portanto, no que tornou-se a

---

<sup>24</sup> Em vez de tornar a vida sã, a vida torna-se enfraquecida, cansada, escrava da norma, dos códigos médicos.

doença: uma culpabilização do homem por um determinado estado orgânico que ameaça a vida serena e tranquila sobre esse mundo. Em última instância, o discurso da necessidade de se usar medidas de proteção contra as doenças, antes de constituir uma possibilidade de melhor afirmar a vida, que é instintiva, pode correr o perigo de se tornar um meio de culpabilizar o homem, sua existência, considerada ameaçadora a si mesma.

Mas a vida, como disse anteriormente, não é afirmada pela negação da morte, e nem da doença, mas sim, pelo seu reconhecimento. É o reconhecimento próprio dos que se combatem. No enfrentamento da doença que ameaça a integridade do corpo, que delimita a convivência da espécie humana com outras espécies, o homem que afirma a vida não concebe seu oponente como um estranho, mas como *o que deve* ser dominado, subjugado. Assim, no engajamento na “luta pela vida”, o médico reconhece a ambiguidade: a vulnerabilidade que fragiliza a conservação do homem igualmente ostenta riqueza e exuberância.

Se a vida é, em si mesma, ambígua, logo o discurso médico que polariza a necessidade extrema do *não adoecer* é, tão simplesmente, um sintoma da incapacidade de reconhecer a diferença, as assimetrias existentes entre as forças que, em jogo, tecem o mundo. Trata-se de um discurso que carrega certa vontade de igualar os indivíduos, de fazê-los cópias de um homem padrão, buscando certo assemelhamento fundamentado num chamado “direito universal”.

A moralidade vigente em uma sociedade, em geral, não permite imparcialidades. Na presença da moral, como diante de toda autoridade, o pensar é *proibido*, menos ainda falar: aí se obedece! No extremo da desobediência o que encontramos, é a possibilidade do castigo.

A não adoção de medidas de proteção contra as doenças, por alguns indivíduos, inclusive por aqueles conhecedores dos riscos de adoecimento, pode ser considerada um modo dos mesmos de buscarem a afirmação da própria vontade. Só que, não necessariamente, a afirmação da própria vontade significa uma potencialização da vida. O que quer a vontade é mais poder; mas, a busca de maior potência em algumas situações pode não resultar na aquisição de uma potência *mais* desejada. Não esqueçamos que é próprio do jogo de forças o estabelecimento de hierarquia. Assim, não há garantias para os que fogem da hierarquia, para os que não se submetem ao mando, à *afirmação da força*. Pode ocorrer o inverso. Aquele

que sai da hierarquia na busca de maior potência pode experimentar perda de poder, e, conseqüentemente, *decadência*. Em todo caso, independentemente dos desfechos possíveis, na hierarquia entre as forças em jogo encontramos um *êthos*: o da experimentação.

Mas, esse *êthos* é passível de compreensão pela maioria dos indivíduos e da sociedade? Claro que não. Geralmente, as ações que podem trazer benefício para o próprio indivíduo passaram a ser vistas e rotuladas como “más” em si mesmas, egoístas, cruéis, “irracionais”. As ações louváveis, para a sociedade, são aquelas que visam ao “bem” do coletivo, do todo, da espécie. Com medo de ser rechaçado pelo coletivo, de ser classificado como não pertencente à sociedade, que o homem, para não experimentar a culpa, resolveu eleger princípios, diretrizes que o mantenham salvaguardado de todo desconforto e da má compreensão. Uma oportunidade de desculpar-se, de dizer “não é bem assim”, ou “tenho meus argumentos”. Processos que culminaram na apresentação de uma dita “natureza humana”, algo sagrado que deveria ser preservado a todo custo de todos os tipos de malefícios e desconfortos. Tudo isso deve igualmente ser posto sob suspeita. Viver, entretanto, pode ser algo muito diferente.

A vida pode ser também a recusa do que caduca, do que perdeu o significado, daquilo que perdeu o sentido. Por isso, desprende-se de algo e se põe outra coisa no lugar. É, igualmente, o afastamento de tudo aquilo que quer degenerar-se. Não é a negação da morte, da finitude da existência, mas é a busca de suplantar todo o sentimento de permanência, de residir no mesmo, de não migrar ou deslocar-se. Viver pode ser a recusa da calma, o enfrentamento do cotidiano, compreendido como esse perene jogo de forças que possibilita a experimentação mesma da vida. Trata-se de uma existência desprovida da pretensão de pôr ordem ao mundo, desprovida da pretensão de identificar os “responsáveis”, os “culpados” pelo mundo, como se o mundo estivesse “doente”, “prejudicado”, “feio”. É a existência que compreende que nada dura eternamente.

A medicina sempre constatou que existem grupos de dissidentes que se opõem à medicalização, que reivindicam o direito de não usar nenhum tipo de proteção, o direito de correr o risco de adoecerem, de se curarem ou não e de morrerem como quiserem (FOUCAULT, 1998, p. 96), mas ela, como sempre, os rotulou de irracionais ou de loucos.

É possível que cada um tenha sua própria opinião acerca das condutas ou comportamentos considerados perigosos. O considerar irracional uma determinada prática é uma opinião. Isso é possível porque a opinião é também, como é a conduta, particular e única. A questão é o grau de liberdade que cada um poderá exercer ao afirmar sua perspectiva e em resistir aos processos de validação criados e impostos pelo coletivo, que, em geral, aprova aquelas práticas que consideram melhores, nobres, corretas, saudáveis, e que são na realidade meios e caminhos do exercício de dominação. O fato é que existem indivíduos que não suportam o habitual, pois o habitual tece à sua volta uma espécie de teia. Entretanto, esse não suportar é igualmente vontade de poder, desejo de manifestar a própria força.

O que acontece é que os instintos de sobrevivência passaram a ser chamados de “maus”, quando sinalizam ameaçar os interesses de um coletivo. A dominação verificada no campo médico é a subordinação de tais “instintos maus” aos conhecimentos nele produzidos. Uma subordinação que se verifica quando tais conhecimentos adquirem uma espécie de brilho, quando vão estabelecer o que é “útil”, “bom”, “honrado”. Sendo assim, o conhecimento tornou-se parte da vida, e os “erros”, seu grande opositor. Depurar a vida desses “erros”, desses instintos “maus”, passou ser a tarefa daqueles que produzem conhecimento. A medicina, desde há muito, passou a reconhecer na vida algo passível de uma contínua correção, de um ininterrupto ajuste, de algo a ser conduzida a uma meta. Daí, que o médico passou a ser reconhecido como aquele que tem como tarefa produzir “verdades” que objetivam imunizar a vida contra todo o desvio. Os médicos tornaram-se “missionários” da produção de “verdades” que possam *conservar* a vida. Daí, o nascimento da medicina social, sobre o qual nos falou Foucault, como resultado um dos principais agenciamentos entre o Estado e a medicina.

De fato, a ascese médica ou a mudança do modo de vida tendo em vista o fortalecimento do corpo contra a doença, ao longo do tempo pode tornar o indivíduo alguém capaz de disciplinar seus próprios desejos, apetites, sua alimentação etc. Ou seja, faz-lo chefe de si mesmo, comandar a si mesmo, que nada mais é do que o estabelecimento de uma certa relação de poder do indivíduo sobre si mesmo, uma maneira do indivíduo se constituir como sujeito sobre um certo modo de ser; um modo de ser do sujeito exercendo poder.

Essa questão da verdade médica, do estabelecimento de um modo de vida toca na tema da formação moral dos indivíduos. A questão da verdade, do modo como ela se apresenta, do modo como estão organizados e direcionados os discursos persuasivos, tudo isso, está em maior ou em menor grau, a depender do contexto sócio-econômico e da cultura, ligada à vontade de se obter certos comportamentos, certas condutas, certas maneiras de viver.

Essa vontade de *mudar*, de alterar *comportamentos* dos indivíduos, é em Nietzsche, como já observei, vontade de poder, e ela é criativa. Basta pensarmos, por exemplo, nas técnicas, nos meios, nos manuais, nos equipamentos, nas tecnologias que foram desenvolvidas com o propósito de justificar a necessidade de mudanças de hábitos considerados *perigosos*, de hábitos que foram associados ao aparecimento de doenças.

Essa criatividade da vontade de poder, por parte dos “produtores” da verdade científica, é que constitui o indivíduo para si mesmo e para os outros como sujeito portador de um discurso de verdade, como aquele que diz a verdade e tem uma forma própria de se dizer-la. Todavia, não esqueçamos, tanto a atividade da “produção” da verdade como dos meios pelos quais ela é dita, tudo isso, se dá dentro da arte da retórica. E, segundo Foucault:

A retórica é uma arte, uma técnica, um conjunto de procedimentos que permite àquele que fala algo que não é necessariamente o que pensa, mas que vai, por seus efeitos, produzir sobre aquele a quem ele se dirige, um certo número de convicções, que vai induzir um certo número de condutas, que vai estabelecer um certo número de crenças. Em outras palavras, na retórica não está implicada nenhuma relação entre as convicções daquele que fala e o que ele mesmo anuncia (FOUCAULT, 2009, p. 14; tradução nossa).

Assim o bom retórico ou o bom médico não é necessariamente aquele que diz o que sabe, o que acredita e o que pensa, mas aquele que ao se dirigir ao paciente fará com que este acredite que o que ele diz, é, justamente o que pensa, o que sabe e o que acredita. Podemos dizer que dentro da arte da retórica está estabelecida, em menor ou em maior grau, uma relação contraditória, entre as coisas dita e aqueles as proferem.

O médico em sua relação com o paciente, sob a perspectiva da retórica, dificilmente será ameaçado, considerando que o “bom retórico” exerce efeitos de

convencimento sobre os outros sem que isso ponha em risco sua *vida*, visto que o ele diz não é, necessariamente, o que, de fato, pensa, crê e sabe. Diferentemente do homem *parrêsiástico* que Foucault estudou, que é capaz de ameaçar sua relação com os outros, sua *existência*, justamente porque se expõe a si mesmo.

Acontece que o médico tem um certo dever de dizer e ensinar o que sabe. Tem o dever e uma certa obrigação de falar sobre a verdade que detém. Ele é, como o professor, um homem do saber-fazer e da transmissão de um saber que ele mesmo recebeu de seus mestres, assim “uma certa filiação é estabelecida dentro da ordem do saber” (FOUCAULT, 2009, p. 24; tradução nossa). O objetivo do médico em dizer a verdade é o de salvar a vida daquele a quem ele se dirige e, se há alguém que corre risco nessa relação, é o paciente, e não o médico, já que é o paciente que se encontra vulnerável pela sua condição de doente.

Em geral, lá, entre o médico e o paciente, um diz: “Eu sou o médico, eu sei sobre a sua doença e como trata-la, portanto, me escute e me obedeça”. Provavelmente, raramente, alguém dirá: “Eu nada sei, e se me ocupo com você, é porque compreendi que nada sei, portanto, me ensine, me fale sobre o que você sente para que eu aprenda e para que você aprenda a cuidar de você mesmo”. Obviamente que esse quadro é um quadro onde o médico exerceria com a verdade um outro jogo, uma relação de coragem, não para instaurar uma cena onde manifestaria sua falta de habilidade em manejar a doença. De modo algum. Mas uma cena onde é possível o estabelecimento de uma relação ética com a verdade. Seria a instauração de uma relação com a verdade de modo *parrêsiástico*, filosófico, tendo como o objetivo articular à verdade e o cuidado com os outros.

Evidentemente que esse exercício, o da *parrêsia*, dentro da relação médico-paciente, expõe o médico a um risco, já que sai da condição daquele a quem se deve “cegamente” obedecer para a daquele que vai provocar no paciente a necessidade deste cuidar de si mesmo, cuidar de seu corpo, de sua saúde, a ocupar-se consigo mesmo. E essa atividade *nova* é o ocupar-se com o doente, é o engajamento do médico na *afirmação* da vida mesma.

Ora, de modo geral, na sociedade encontramos a concepção de que a vontade das pessoas “guiadas” ou “pastoreadas” deve tender para o correto, para o que é *bom*. Todavia, como o que é bom varia de acordo com as perspectivas dos indivíduos, a vontade de cada um tende para experimentações distintas, de modo

que o “bom” apresentado soa mais como uma possibilidade, uma qualificação de práticas. De modo que, o que é considerado irracional, a irracionalidade, deriva do fato de que não há um único “bom”, ou “correto”, e sim muitos “bons”, consistindo precisamente a irracionalidade na *escolha* de *outro bem* que não o *bem* apresentado pela racionalidade médico-científica. Assim, a irracionalidade seria o uso inadequado da liberdade ou da autonomia forjada nos moldes do poder médico pastoral, já que as doenças são considerados como consequências de práticas de desobediência.

Entretanto, o *Homo prudens* de John Adams, o homem do risco zero, é uma ficção almejada pela pastoral médica, como o “santo” o é pela pastoral católica. O homem de risco zero é somente uma das facetas das relações de poder em que estamos imersos. O homem que corre risco e que “se prejudica” sinaliza a batalha que se dá entre o corpo e a verdade. Pois verificamos que há pessoas que, sendo hábeis em decodificar a verdade, informadas e orientadas sobre a postura ‘correta’ a ser adotada em determinadas situações, sabedoras dos comportamentos tidos como perigosos para a saúde, e que apesar disso, não obedecem ao comando de ordem, dando às costas à verdade médica.

Essa batalha entre o corpo, que Nietzsche chamara de a “grande Razão”, e a “Verdade” do médico, deixa confusos e frustrados pessoas que ignoram as regras das relações de forças constituintes do mundo. Apesar de todos os investimentos na distribuição de material ilustrativo e informativo, da distribuição gratuita de insumos médicos, dos avisos dos perigos do sexo sem proteção, dos limites da ingestão de álcool, dos limites de velocidade, das sinalizações dos danos do tabagismo, tantas pessoas ainda adoecem, sofrem acidentes e morrem por essas causas. Todavia, muitos não compreendem que estamos numa batalha num mundo de incertezas e, que são essas tensões que criam esse mundo. Não compreendem que o desejo de *corrigi-lo* ou de *fixa-lo* é, também, a manifestação de vontade de poder tal qual o são as práticas desobedientes.

As práticas de desobediência, que sempre inquietaram os que exercem a função de condução e de controle sobre os outros, mesmo por parte de indivíduos esclarecidos, fazem com que médicos, professores, especialistas, guias, de modo geral, sintam-se impotentes. E o sentimento de *impotência*, que é afeto, arrasta consigo outros afetos, dentro os quais o *ressentimento*, o *culpar* o homem e à vida. De modo que a *impotência* desencadeia a vontade de dominar, mas dominar não

como senhor, mas como escravo; escravo do ressentimento e aí, a medicalização que pode afirmar a vida, acaba por negativá-la por uma exacerbação ininterrupta. Com isso, não podemos esperar se não a supervalorização da moral médica, e, por conseguinte de suas *verdades*; uma superestimação do poder médico, das instituições de internamento e dos rituais de cura. Uma moral médica que pode *degenerar* o homem, tornando-o refém de uma política de correção, um *tipo* sempre em ajuste, em patologização e tratamento ininterruptos, cujo intelecto deve estar repleto de informações, e sempre atualizado; um indivíduo que não deve simplesmente não adoecer, mas, através de uma reflexibilidade incessante, excluir da sua existência toda possibilidade de experimentar o sofrimento ou a dor. Esse é o *ascetismo médico negativo*.

Com essa *ascese negativa* é possível que cheguemos ao ponto em que teremos, não somente um homem robotizado, mas um homem-mercadoria, um desumano, pois renunciou a viver, pois disse *não* à experimentação. Um homem que se tornou *fictício*; uma espécie *doente* habitando esse planeta. O *doente* é justamente aquele que se rendeu ao cansaço, sem vontade e nem desejo próprios, cessou de combater, de duelar, de buscar *o plus a mais por maior potência*. O *homem doente* dizendo *não* a si mesmo, não é capaz de exercer qualquer movimento senão sob a orientação do especialista, do perito. Enfim, esse *medicalizado*, ao contrário do que se pode pensar, é a nova face, só que mais radical, da doença, da apatia, de uma degeneração da existência.

Diferentemente do *asceta negativo da existência*, há aqueles que mesmo empregando as tecnologias médicas de segurança<sup>25</sup>, são capazes de estabelecer um novo *êthos* diferenciado daquele *ascético negativo*. O *asceta* que *afirma* a vida segue as recomendações sanitárias, porque não concebe o aniquilamento da vida, entretanto, constitui uma ética singular, pelo estabelecimento de uma estética da existência<sup>26</sup>. O que seria essa *ascese médica afirmativa* da vida?

---

<sup>25</sup> Por tecnologias médicas de segurança faço compreender tanto os artefatos produzidos pelo conhecimento médico conhecido, como os próprios conhecimentos elaborados pela medicina. Como por exemplo, temos: medicamentos, imunobiológicos, equipamentos de diagnósticos (ex.: aparelhos de radiodiagnóstico), insumos farmacêuticos, camisinhas, protetores oculares e auriculares e informações médicas. Ora, através do emprego dessas tecnologias de segurança as pessoas estão ao mesmo tempo protegendo-se do risco do adoecimento, e submetendo-se a um processo de vigilância. As tecnologias de proteção ligam os indivíduos aos enunciados médicos normalizantes e ao regime de polícia médica que Foucault bem explorou no Curso *Segurança, Território e População* (1977-1978), e no Curso *O Poder psiquiátrico* (1973-1974).

<sup>26</sup> Compreendida aqui como sendo o exercício que o sujeito faz sobre si mesmo, visando a uma transformação e, um certo modo de ser, um esforço para a afirmação da própria liberdade na busca

Se for verdade que o pastorado médico é um tipo de poder bem específico que tem por objeto a correção e condução dos corpos, a cura dos corpos e, por conseguinte, é um tipo de governo dos homens, certamente que, correlativamente a isso, apareceram e aparecem movimentos específicos contra o poder médico, movimentos de resistências, insubmissões, algo que Foucault chamou de *contra-condutas*.

São movimentos que têm como objetivo outra conduta, isto é: querer ser conduzido de outro modo, por outros condutores e por outros pastores, para outros objetivos e para outras formas de salvação, por meio de outros procedimentos e de outros métodos. São movimentos que também procuram, eventualmente em todo caso, escapar da conduta dos outros, que procuram definir para cada um a maneira de se conduzir (FOUCAULT, 2008b, p. 257).

Quando indivíduos colocam o valor da vida nela mesma, e não fora dela, isto é, na avaliação que fazem de suas condutas tomam a vida como base, e não valores *transcendentes*, esses, estão estabelecendo uma *ascese* afirmativa da existência. Trata-se de uma *ascese*, cuja vida, não gira em torno de uma “verdade absoluta”.

Diferentemente do asceta afirmativo, o tipo asceta *negativo* acredita ter apreendido parte da “verdade absoluta”, já que adota métodos científicos que, após diversos empregos em *ensaios clínicos* ou em *estudos observacionais*, confirmam suas *hipóteses* e os mesmos resultados. Esse tipo acredita em “causa” e “efeito”. Só que ele não entende que as regras de seus métodos só são possíveis por meio das relações plurais de forças, que não suportam o dualismo causa e efeito.

Causa e efeito: essa dualidade não existe provavelmente jamais – na verdade, temos diante de nós um *continuum*, do qual isolamos algumas partes; assim como percebemos um movimento apenas como pontos isolados, isto é, não o vemos propriamente, mas o inferimos. A forma súbita com que muitos efeitos se destacam nos confunde; mas é uma subitaneidade que existe apenas para nós. Neste segundo de subitaneidade há um número infundável de processos que nos escapam. Um intelecto que visse causa e

---

de dar à própria vida uma certa forma, dentro da qual possa se reconhecer e ser reconhecido pelos outros, mesmo que tenha que se assujeitar a certos códigos morais estabelecidos pela sociedade. A vida é compreendida, assim, como uma obra de arte, resultado das relações entre o sujeito, a verdade e a constituição de sua própria experiência (FOUCAULT, 2001, p. 1550).

efeito como *continuum*, e não, à nossa maneira, como arbitrário esfacelamento e divisão, que enxergasse o fluxo do acontecimento – rejeitaria a noção de causa e efeito e negaria qualquer condicionalidade (NIETZSCHE, 2005, p. 140-141).

Que golpe de Nietzsche sobre as “cabeças feitas” dos cientistas. Acontece que para Nietzsche o mundo é vontade de poder e, por isso, não cabe a condicionalidade. O *asceta médico negativo* acredita que é ele o responsável pela combinação entre os fenômenos, só que ele é, tão somente, instrumento da vontade de poder que, em dado momento não resistiu às energias que ele pôs em uma mesma disposição. O *asceta negativo* afirma o dualismo em detrimento da pluralidade, afirma o ser em detrimento do *devenir*.

Nós os “leitores” da verdade médico-científica, nós os que “lutamos” para publicar nossos achados, somos sabedores da insegurança que leva os que buscam sentido *fora* da vida a brigarem pela “verdade” mais “verdadeira”, pela “verdade” que demonstra o real sentido das coisas, pelo lugar onde essa “verdade” tenha maior destaque, tal como uma luz sobre o poste ou sobre o monte para iluminar a cidade.

Um asceta da afirmação está, sobretudo, interessado na sua afirmação, e não da destruição do outro. Por isso, os metafísicos continuam sendo ascetas da negação, homens negativos, antípodas dos homens positivos que dizem sim à vida em sua pluralidade (SOUZA, 2009, p. 216).

O tipo negativo é aquele que insi em afirmar o mesmo e a imutabilidade. Ele insiste em repetir as prescrições porque considera os pacientes como cópias uns dos outros, embora diante de seus olhos a mudança não cesse de se manifestar. O *tipo negativo* diante da não adesão dos pacientes às suas prescrições só queixa-se e lamenta, culpa-os e responsabiliza-os, classifica-os de ignorantes e de “loucos”. Não conseguem entender de que podem está diante de homens que buscam “outros narcóticos” para enfrentar o trágico da existência. Não compreendem que os pacientes ou doentes buscam, também, sentido para a vida, procuram afirmações de suas forças. É como se esses indivíduos, todos eles estivessem a dizer:

Não queremos essa salvação, não queremos ser salvos por essa gente e por esses meios [...] Não queremos obedecer a essa gente. Não queremos esse sistema, em que até os que comandam são obrigados a obedecer pelo terror. Não queremos essa pastoral da obediência. Não queremos essa verdade. Não queremos ser pegos nesse sistema de observação, de exame perpétuo que nos julga o tempo todo, nos diz o que somos no fundo de nós mesmos, sadios ou doentes, loucos ou não (FOUCAULT, 2008b, p. 265).

Trata-se, na concepção de Foucault, de uma contraconduta, ou seja, um modo de agir resistente e de luta contra os procedimentos postos em prática para conduzir os outros. Estamos falando de uma luta anti-pastoral médica que se caracteriza por uma negação de um tipo de ascetismo, que se manifesta pelo estabelecimento de uma ascese que é a do exercício do sujeito sobre si mesmo, no sentido de que se busca escapar do olhar, da autoridade de um outro, da presença de um outro, pois já não é necessário, para se exercitar um governo de si sobre si. Entretanto, diferentemente do ascetismo clássico, o ideal aqui não é a perfeição, não é a tranquilidade, não é a recusa do corpo, não é a apologia da doença e do sofrimento, mas, pelo contrário, o *ideal* é o da experimentação da diferença, da pluralidade, é a busca de maior poder, de autonomia.

Ao se deparar com a dura realidade, a OPAS e David Fraser Jenkins, bem como outros profissionais e outras instituições “guardiãs” da saúde, a dura realidade sobre os embates entre os discursos de proteção e as práticas de “desobediência”, estes se veem na “depressão” de suas certezas. Suas “verdades” os deixando na mão obrigam-nos a criarem outras muletas “existenciais”. Por isso dizemos que a criação também é uma atividade da força que busca frear o processo de sua *degeneração*, de seu *enfraquecimento*.

Uma força é sempre uma força, nem mais nem menos, entretanto, na relação é que se dá a diferença: uma força pode se relacionar com outra e aí opera nelas o fator de oferecerem resistência a outras forças. A relação entre elas é sempre de combate, nunca, porém, de extermínio. Não há extermínio entre elas, porque sua quantidade também nunca muda. Por isso a relação, como vontade de poder, que guarda a pluralidade das forças é muitíssimo importante nesse jogo (SOUZA, 2009, p. 232).

A vida é, pois, luta entre forças que dominam e que se submetem. Desse modo disciplinar o corpo para tirar dele o máximo proveito para afirma a vida, é

típico, de uma ascese afirmativa. Diferentemente do *ideal ascético* que castra o corpo porque nele vê um empecilho, o asceta afirmativo compreende que o corpo espiritualizado (disciplinado) é seu grande auxiliar e que nenhuma verdade é forte o bastante para conter o fluxo da vida que nele pulsa. O que não quer dizer que o asceta afirmativo lhe cederá os instintos, mas o dobrará a seu favor, sem os considerar algo “feio”, a ser “extirpado” ou “retirado” dele.

Há assim um conceito de vida que merece ser considerado pela medicina: a vida constituída pelo erro. O grande problema do asceta negativo é o de não admitir que a mentira é uma necessidade humana para a construção de saberes e de crenças, o de colocar a mentira como algo que faz mal à verdade, o de crer numa eternidade fora da vida, o de crer numa vida fora do erro.

## 6.2 – ASCESES AFIRMATIVA E NEGATIVA DA VIDA: OS CASOS DE JOHN WILMOT E DE JOHN PRESTON.

Para finalizar e a título de exemplo, vou tomar dois personagens que creio poderem nos auxiliar na compreensão da vida ascética. São os casos de John Wilmot e o de John Preston.

No filme *O Libertino* (London, 2004), o personagem principal interpretado por Johnny Deep, John Wilmot, é casado, mas experimenta arrebatamentos pelas prostitutas e por homens jovens. Mesmo após contrair sífilis prossegue suas atividades sexuais que só são freadas quando a sífilis avança e reduz a força do corpo, ocasionando sua morte. O personagem inicia sua apresentação dizendo:

Permitam que eu seja franco, não vão gostar de mim...Senhoras, um comunicado: estou pronto para o sexo, o tempo todo. Não é para me gabar, mas se trata de uma dura questão médica: eu sou promíscuo. Me verão em ação e sentirão nojo disso. Não sintam. Eu sei que será um problema, mas é melhor tirarem suas conclusões à distância do que terem meu pênis debaixo de suas saias.

Cavalheiros, não se desesperem. Eu também atuo nessa área e, o mesmo alerta é válido. E acho melhor vocês conterem as suas ereções medíocres...Desejo que façam sexo com minha imagem. Sintam como toda essa coisa era para mim e pensem: "O estremecimento que senti foi igual ao dele? Ele sabia de algo mais profundo? Ou existe uma parede de infelicidade onde batemos a cabeça naquele momento brilhante e longo?" Isso é tudo. Este é o meu prólogo...Sou John Wilmot, o segundo Conde de Rochester e não quero que vocês gostem de mim.

John Wilmot, vivendo em 1665, de família nobre inglesa, vai afirmar perante a Corte Inglesa suas escolhas sexuais, seus valores, sua moral. Como as complicações da sífilis deixavam a sua vida insustentável, John recorreu ao tratamento com mercúrio, objetivando prolongar sua existência e prosseguir na realização de suas práticas de obtenção de prazer. Entretanto, Wilmot veio a falecer tanto por conta da doença como pelo tratamento a que recorrera. Naquele período, o tratamento de eleição para sífilis era o mercúrio, mas dada a sua toxicidade, levou John à cegueira, bem como a ter erupções cutâneas, acompanhadas por febres elevadas e perturbações. No final do filme, John Wilmot se despede dizendo:

Nunca fui de meios tons, não é verdade? Dê-me o vinho e eu beberei tudo, e jogarei a garrafa vazia no mundo. Mostrem-me Nosso Senhor Jesus em agonia, e eu subirei na cruz, tirarei seus pregos e os colocarei nas minhas mãos. Aqui vou eu, arrastando-me pelo mundo...com minha saliva fresca sobre a Bíblia...Então, você gosta de mim agora? Você gosta de mim agora? Você gosta de mim...Agora?

John Wilmot contraria seus familiares e a maioria dos que o conhecem, sobretudo pela sua conduta, entregue à embriaguez e ao sexo livre. Com a sífilis, Wilmot recebe do próprio corpo sinalizações de sua fragilidade, de seu esgotamento, da aproximação com o fim. John quer distanciar-se dessa experimentação, por isso recorre ao mercúrio, e com esse, mais dores e desprazeres. Wilmot só quer mais tempo, mas não para pedir perdão, confessar-se por arrependimento. Wilmot quer mais tempo para obter prazer, para sentir ainda a vida pulsar. Dor e prazer, sensações antagônicas, mediadas pelo modo e pela natureza das práticas. E será a partir dos desfechos dessas práticas que a elas serão atribuídas o valor de “boas” ou “más”. Ou seja, se há prazer sem dano para o corpo, serão consideradas boas. Mas, se há prazer com dano, com experiência de dor, essas práticas serão consideradas más. Todavia, os danos não são somente na ordem da doença, mas no constrangimento que impõem à família (esposa e mãe) e à Corte, especificamente ao Rei Charles II.

O libertino zomba do Rei, da autoridade estabelecida e, dele zombando despreza a sociedade constituída por essa autoridade, seus valores, sua moral. A ética do libertino aponta as possíveis saídas, reconfigura os espaços e a jurisdição que legitima as práticas que os ocupam. Wilmot é a figura do homem que cede aos impulsos do corpo na busca de prazer, mesmo quando adquire sequelas por conta dessas experimentações. O prazer duela contra a dor. E a morte, mesmo sob gemidos, sinaliza não a vitória do mal sobre a desobediência, mas a da vontade. Pois a morte de John é resultado da busca da sua vontade de afirmar-se. Entretanto, sua busca resulta em perda de potência. Uma força enfraquecida, procurando mais potência, mas encontrando aniquilamento.

A leitura comum sobre Wilmot é a de que seus comportamentos afirmam que o corpo é vulnerável, e que sua fragilidade sinaliza ao homem que é preciso que suas condutas sejam assertivas, caso contrário, o desfecho de sua existência nesse

mundo pode abreviar-se.

Para Wilmot, o que conta é a paixão, a adrenalina oriunda da excitação de seu membro viril em contato com os corpos que se entregam em contínua busca do orgasmo. É a negação do futuro, é a incredulidade em qualquer escatologia, é busca da afirmação do corpo no presente porque não há garantia de carne no futuro prometido pela medicina cristã. Só que John Wilmot não disciplina seu corpo, nega-lhe uma ascese que o fortaleça, que o afirme. A afirmação da carne pela satisfação de seus instintos e impulsos passa pela morte. Na tentativa de salvar a carne, Wilmot experimenta seu aniquilamento. Nem todo corpo excitado é um corpo potencializado.

É nesse clima de resistência, de desobediência, de incitação ao sexo, de busca do prazer, que se dá a constituição de uma anti-pastoral médica, cujas práticas instituem o que podemos chamar de contraconduta de risco à saúde. Só que, como no caso de Wilmot, nem toda resistência é *afirmativa da vida*. Trata-se de um confronto entre dois movimentos aparentemente antagônicos, já que o primeiro, a pastoral médica, busca preservar e proteger o corpo e a vida dos viventes, enquanto um outro movimento arrisca a existência mesma da vida, põe em perigo a integridade do corpo; é o culto mesmo do perigo, das condições que ameaçam a vida humana. Trata-se de práticas que, denominadas por alguns de irracionais, são capazes de apontar os limites, as impossibilidades dos processos pedagógicos, disciplinares, informacionais ou de aconselhamento que tanto são priorizados pelas políticas públicas de saúde e de educação em todo o mundo. Essas práticas, que Foucault denominou de contracondutas trazem um problema sanitário e pedagógico para a governamentalidade, que é: como conduzir os “libertinos”, como conduzi-los de modo a que não adoeçam, conduzi-los ao ponto em que se salvem? Ou seja, como conduzir os que saem, os de fora?

O pastorado médico, não diferente de outras práticas de condução, tem efeitos individualizantes. A pastoral médica promete a saúde e a longevidade; só que essa saúde e longevidade implicam a obediência à verdade médica. Mas que promessas existem nas contracondutas de risco à saúde? Se há exigência de uma obediência, a que verdade? Ora, nessas contracondutas de risco a promessa é a experimentação da excitação, do prazer, e são da ordem do instante. A verdade a ser obedecida é a de que haverá prazer. É a busca do prazer que constitui, que

movimenta, que impulsiona essas contracondutas. Será dizendo que esse prazer é instantâneo, de que ele é efêmero, de que dura pouco, de que cederá mais cedo ou mais tarde à dor e ao sofrimento, que o discurso médico confrontará as práticas de insubordinação. Resumindo, são esses dois modos de conduzir os homens que estão em batalha nesse panorama das práticas de risco. Uma batalha entre as cruzadas médicas de conscientização das pessoas, buscando a formação de opiniões, de hábitos, de comportamentos médicos, e as cruzadas de incitação a experimentação do perigo, do contágio, da doença.

Ora, o verdadeiro problema desse panorama “não é, portanto, tanto ou somente a conservação de uma ordem geral, mas a conservação de uma certa relação de forças, a conservação, a manutenção ou o desenvolvimento de uma dinâmica das forças” (FOUCAULT, 2008b, p. 397), pois, diante desse embate, diante desse duelo, a arte de governar vai consistir, não em restituir uma ordem, um equilíbrio, uma paz, de modo algum. A arte de governar “vai consistir em manipular, em manter, em distribuir, em restabelecer relações de força, e relações de força num espaço de concorrência que implica crescimentos competitivos” (FOUCAULT, 2008b, p. 419-420). Em outras palavras, o desafio de governar os “de fora” consiste em fazer com que essas práticas se deem num campo relacional de forças, e isso é, na minha compreensão, um dos mais importantes desafios para a medicina na contemporaneidade.

E quando digo campo relacional de forças, significa concretamente o reconhecimento de três importantes conjuntos de tecnologias de controle. O primeiro, constituído por procedimentos ou técnicas de organizar, ordenar a composição de um exército profissional voltado para a questão do controle, da regulação, da normalização das práticas. O segundo grupo, é o de “controle”, que é o conjunto de meios pelos quais o Estado vai calcular o risco, as estimativas, as taxas de contágio, as incidências e as taxas de hospitalização que vão possibilitar a elaboração de estratégias de monitoramento, uma espécie de ordem interna do poder pastoral médico e um ordenamento de suas forças, de seu saber. É a estatística médica propriamente dita. E o que caracteriza esse “controle”, é que seu interesse é saber *como* são as essas práticas, *quem* são os envolvidos; é a vontade de saber para uma regulação e responsabilização dessas ações. E o terceiro conjunto é o problema econômico, pois esse controle não poderia ser constituído por

sem uma economia sanitária. E por economia sanitária faço entender, primeiro, as exigências impostas à medicina pelo Estado de não deixar morrer esses indivíduos, de não deixar reduzir o quantitativo dessa população; segundo, que essa população mantenha-se ativa; terceiro, que o que se gasta ou o que se investe no controle dessas doenças seja o mínimo necessário, de modo que – quarto elemento – o Estado tenha o menor prejuízo financeiro.

Sistema de controle, agentes de saúde e economia sanitária, tudo isso vai constituir uma unidade que, a meu ver, em confronto com as práticas desprotegidas ou adoecimento, formam uma espécie de duelo, de combate que pode ser estendida a outras práticas de desobediência sociais, a outras contracondutas. É contra essa unidade que os libertinos estão em batalha.

John Wilmot aproximava-se das prostitutas diariamente, mas num certo dia seu olhar foi atraído por Elisabeth, a prostituta atriz. Como um raio que atinge em frações de segundos a terra, Wilmot se encontrou capturado por Elisabeth. Ele resignifica suas andanças ao bordel. Quis tornar-se seu instrutor. Apaixonou-se. Tomou a decisão de se esculpir como resultado de seus encontros com Elisabeth, mas não é ela e nem com ela que ele iniciou essa prática. Wilmot precisará de tempo e de solidão para continuar resistindo aos ideais de seu tempo.

Ora, o biopoder, ocupando-se justamente de fixar pontos de subjetivação, nos apresenta uma realidade que se diz dominante, única possível de existência. Fabricando consciências, estabelece o organismo. Por isso que se opor ao organismo, fazer uma *resistência*, nunca foi matar-se, mas perfurar o “corpo” em tubulações, em saídas, passagens que possibilitem a distribuição de forças, que propiciem o estabelecimento de novos espaços e de novos estilos de vida. É a abertura de veredas, de trilhas, de novos caminhos. Esta é a razão pela qual os amantes se recusam a um *continuum*; sob o vento, exercitam as micro-percepções; basta pensarmos na troca de olhares, nos gestos, nos signos de saída e de encontro, nos códigos de combate.

Os ascetas afirmativos fazem *resistência* pela afirmação da pluralidade, ocupando de modo diverso os espaços ocupados pela massa. E isso, é perturbador. Ora, a metamorfose é perturbadora, mas igualmente contagiosa. O indivíduo que se diferencia, que se transforma não é o animal desejado e querido. Portador de afetos é capaz de, ao interagir provocar desbloqueios de sentimentos nada familiares nem

socialmente aceitáveis. Por isso, uma estratégia para evitar o contágio é o isolamento. Daí que o processo de *medicalização* acompanha os processos de captura e a patologização dos afetos, constitui-se uma estratégia de fabricação dos “anormais”. Todos os fenômenos ditos “anormais”, receberam uma classificação médica de seus afetos, e será a partir dos afetos que os devires se constituem; logo, um devir é, para a sociedade de controle, uma anormalidade, uma loucura em andamento, um processo digno de medicalização, de internamento.

O segundo personagem é o de John Preston, interpretado pelo ator Christian Bale no filme *Equilibrium* (EUA, 2002). John Preston pertence ao grupo de sacerdotes chamados Sacerdotes de Grammaton, cuja tarefa é encontrar e erradicar aquilo que ele acredita ser a verdadeira fonte de desumanidade do homem: a sua habilidade em sentir.

*Equilibrium* é a última reserva da espécie humana, pós-terceira guerra mundial, e lá a “Voz do Pai” não cessa de dizer por toda a parte que todas as guerras que a humanidade sofreu, que as catástrofes que se abateram sobre o planeta terra e que todo o sofrimento que se abateu sobre cada ser humano, desde a origem de sua raça, tudo isso foi causado pela capacidade que tem o corpo de sentir, de se emocionar. É a voz de *Platão* ecoando ainda no século XXI: “o corpo é essa coisa má”, “a emoção humana é uma bomba ambulante”. Desse modo a estratégia de governo mais eficaz para garantir a preservação da raça humana é retirar do corpo a sua capacidade de sentir. E isso é feito de três maneiras.

A *primeira* é a destruição de todos objetos que podem despertar os afetos, os sentimentos, os desejos. Por isso queimam-se livros, quadros, gravuras, desenhos, discos, instrumentos musicais, jogos de interatividade. Mas, além dos objetos, são exterminados os artistas, os colecionadores, os que ensinam artes e os que as praticam. Não será permitido o estímulo dessas atividades. No filme, esses são queimados vivos. É o modo de tornar público a pena reservada a quem infringir as leis do Pai. Essa é a *segunda* maneira de preservar o corpo de qualquer estímulo. E o *terceiro* modo de não permitir que o corpo sinta é o uso de uma *droga* chamada Prozium®, capaz de inibir o sistema nervoso central, de bloquear as neurotransmissões, as sinapses, de modo que o corpo não experimentando estímulos algum, com o seu *tato* bloqueado, o mundo deixa de ter significado, passando a ser *lugar de nada*. Num mundo que é *nada*, que não diz ao homem

coisa alguma, esse se torna facilmente manipulável. E o Prozium® é capaz de bloquear as experimentações das sensações.

No *Equilibrium* não há musica, poemas, poesias, piadas, choro, riso, grito, nem gemidos. O corpo não faz ruído algum. Sepultaram o corpo. Na busca da imortalidade a alternativa abraçada foi o aniquilamento do corpo. Estranho comportamento: a condição para se alcançar a imortalidade sendo posta como a paralisia da vida que chacoalha no mais íntimo de cada célula.

Preston não sensibilizado, bloqueado, sobre os efeitos do medicamento, lidera tanto o extermínio aos resistentes, como a destruição de todo objeto capaz de excitar o corpo. Preston está sob o efeito do Prozium®, de uma crença: exterminando os rebeldes e todos seus artefatos, o mal será eliminado. Só que John Preston é surpreendido. Ele se reconhece como alguém capaz de reagir. Seu corpo está vivo. A capacidade de sentir que busca eliminar lhe é também intrínseca. Até parece que Preston havia se esquecido que ele tem um corpo. De fato, ele se esquece da dose do seu Prozium®, do intervalo. E nesse esquecimento, nesse intervalo sem dose, o corpo se manifesta e reclama sua vez. Preston volta a chorar; ouve musica, contempla o nascer do sol. Descobre enfim que está vivo. O corpo ainda tem forças, e essas explodem.

É a vida que Preston sente pulsar em si mesmo é a vida que chacoalha todos os que vivem no subterrâneo do *Equilibrium*, e de tal modo essa vida borbulha que não se contenta e vem à superfície. Nas relações de força, de dominação e resistência, a vida persiste. E é no corpo, pelo corpo que essa se concretiza. A resistência do corpo às práticas de sua dominação é a resistência da vida. A vida insiste em insistir, em manter-se. Os que vivem segundo a carne podem até não agradar ao Deus dos judeus e dos cristãos, mas são eles que possibilitam que a vida se mantenha. Os que abraçam o Prozium® podem até querer domesticar a besta que os inquieta, mas essa subleva a verdadeira morte: a negação do corpo, e da “grande razão”. É o corpo gritando pela “grande saúde”.

**LIVRO TRÊS**

**“PROGNÓSTICOS E PRESCRIÇÕES”**

## **SÉTIMA DISSERTAÇÃO**

... a razão, meus senhores, é coisa boa, não há dúvida, mas razão é só a razão e satisfaz apenas a capacidade racional do homem, enquanto o ato de querer constitui a manifestação de toda a vida, isto é, com a razão e com todo o coçar-se [...] Que sabe a razão? Somente aquilo que teve tempo de conhecer (algo, provavelmente, nunca chegará a saber; embora isto não constitua consolo, por que não expressa-lo?), enquanto a natureza humana age em sua totalidade, com tudo o que nela existe de consciente e inconsciente, e, embora minta, continua vivendo (DOSTOIÉVSKI, 2000, p. 41).

## 7.1 – “PRESCRIÇÕES” NIETZCHIANAS

Se, no platonismo e na sociedade que recebeu suas interferências, o corpo foi desprezado pelo intelecto, a que Nietzsche denomina de a “pequena razão”, na Filosofia de Nietzsche ele ocupa o centro da gravidade. Tanto religiosos, como filósofos e cientistas viram o corpo como contraponto à “verdade”, à “realidade”. Só que o corpo é movimento, uma “agitação de ondas”, e esse movimento é vital. O equívoco que os ascetas negativos não compreenderam é que a “verdade” que tanto cultivam é uma necessidade, um erro sem o qual o homem não consegue viver. Nisso nada há de vergonhoso, mas o não suportar o caos que é ele mesmo, e desejando um mar liso, o homem busca cristalizar essa “verdade”, esquecendo de que é a vida que a prescinde e não o contrário. Ver na vida, um fado pessimista, algo destinado ao verdadeiro, à imutabilidade, é, para Nietzsche, “a grande doença”, é a recusa do movimento, do devir. E opondo-se a isso, Nietzsche propõe uma política: a da “grande saúde”.

Para Nietzsche, “o mais grave, o mais demorado e perigoso de todos os erros, até então, fora um erro dogmático, isto é, a invenção platônica do espírito puro e do bem em si” (NIETZSCHE, 2009, p. 8). Nas palavras de Giacoia Junior: “esse foi o “pesadelo” de que agora despertamos” (GIACCOIA JUNIOR, 2002, p. 15). Restamos, como tarefa, permanecermos acordados.

Se a ciência se caracteriza pela busca das causas, Nietzsche convida-nos a fazer, não essa pergunta, “o quê?”, mas a nos submetermos a outra: “quem?”. Ele questiona o valor da “vontade de verdade”, na busca da origem desse *querer*. Dito de outro modo: “qual é a vontade que institui a verdade como valor absoluto?”, “dado que queremos a verdade, por que não, antes, a não-verdade?”. Assim, o valor que a verdade tem é *relativo* àqueles que a instituem; logo é falso, já que está condicionado por interesses, por desejo de dominação, por *vontade de poder*.

Em que consiste a “grande saúde?” Qual a relação entre filosofia e saúde? Nietzsche, em *Gaia ciência* (ciência alegre), em seu prólogo, fala e pensa sobre tal associação. Mas ele a faz partindo de uma experiência pessoal sua e *superada*, em sua relação própria com a filosofia. Entretanto, essa “autosuperação” o conduz a um ponto onde o filósofo é capaz de “diagnosticar” as condições que conduzem a

*enfermidade* e, conseqüentemente, a recuperação de sua saúde. Para Nietzsche, o corpo é lugar de separação de águas de sua filosofia, com respeito à tradição de sua época.

Mas deixemos o sr. Nietzsche de lado: que temos nós com o fato de o sr. Nietzsche haver recuperado a saúde?... Para um psicólogo, poucas questões são atraentes como a da relação entre filosofia e saúde, e, no caso de ele próprio ficar doente, levará toda a sua curiosidade científica para a doença [...]. De modo análogo ao do viajante que planeja acordar numa determinada hora e tranquilamente se entrega ao sono: assim nós, filósofos, ficando doentes, nos sujeitamos à doença de corpo e alma por algum tempo – como que fechamos os olhos para nós mesmos. E, tal como ele sabe que alguma coisa *não* dorme, que algo conta as horas e o despertará, também sabemos nós que o momento decisivo nos encontrará despertados – que alguma coisa saltará e surpreenderá o espírito *em flagrante*, quero dizem, em fraqueza, recuo, rendição, endurecimento, ensombrecimento, que em dias saudáveis tem contra si o *orgulho* do espírito [...]. Após uma tal interrogação de si mesmo, experimentação consigo mesmo, aprendemos a olhar mais sutilmente para todo o filosofar que houve até agora; advínhamos melhor os involuntários desvios, vias paralelas, pontos de repouso, pontos *solares* do pensamento, aos quais os pensadores que sofrem são levados e aliciados justamente por sofrerem; sabemos agora para onde o *corpo* doente, com a sua necessidade, inconscientemente empurra, impele, atrai o espírito – para o sol, sossego, brandura, paciência, remédio, bálsamo em todo e qualquer sentido. Toda filosofia que põe a paz acima da guerra, toda ética que apreende negativamente o conceito de felicidade, toda metafísica e física que conhece um *finale*, um estado final de qualquer espécie, todo anseio predominantemente estético ou religioso por um Além, Ao-lado, Acima, Fora, permitem perguntar se não foi a doença que inspirou o filósofo [...] e frequentemente me perguntei se até hoje a filosofia, de modo geral, não teria sido apenas uma interpretação do corpo e uma *má-compreensão* do corpo (NIETZSCHE, 2005, p. 10-12).

Eis aí o radical e intempestivo pensamento nietzschiano: não é a razão ou o espírito o que filosofa no homem, mas a filosofia tem como ponto de partida as carências, ou as riquezas, e as forças do corpo. Toda a valoração que a ciência e a filosofia fizeram da existência do homem, de sua vida, nada mais é do que o sintoma de uma enfermidade. E, para Nietzsche, e esse é seu prognóstico, uma das maneiras do homem superar *doença* é repensar as relações entre o *dentro* e o *fora* (entre a subjetividade da consciência e a objetividade daquilo que a cerca), entre o *aqui* e o *ali* (a corporeidade de sua existência e a espiritualização da razão), entre o *está imerso* e o estar *na superfície* (ser afetado pelo cotidiano ou dele se esquivar), entre a imanência e a transcendência (assumir como suas as decisões de pensar e

de agir frente a admitir a existência de instâncias científicas como as únicas verdadeiras e legitimadoras das ações do homem).

A ruptura com essas polaridades, ou antíteses, é um dos primeiros desafios que o homem tem diante de si para a recuperação de sua saúde; só assim ele poderá ingressar num aprendizado que é o de aprender a transitar por todas as dimensões da sua existência, pela pluralidade que constitui o corpo e pela especificidade daquilo que chama de alma ou razão, de maneira que esses elementos, concebidos como oponentes, possam ser pensados como uma coisa só por um homem que Nietzsche designa como o Super-Homem, ou o homem da “grande saúde”.

Através da imagem do corpo como “centro da gravidade”, Nietzsche rompe com as polaridades “dentro” e “fora”, “sujeito” e “objeto”, “interior” da consciência e “exterioridade” do mundo, “imanência” e “transcendência” e paralelamente se desativam os princípios de identidade, causalidade e finalidade com suas concepções lógico-metafísicas (JARA, 1998, p. 221).

Se a vida tem o corpo como o centro de sua gravidade e se este é configurado por instintos, que permitem a manifestação da vida mesma, o desprezo dos instintos mediante o privilégio do intelecto é a manifestação de um julgamento sobre o que é o “homem”. A partir do instante em que o homem é concebido privilegiadamente como *racional*, a sua existência não reside naquilo que lhe é imediatamente presente: seu corpo. Mediante tais concepções dois mundos foram criados, irreconciliáveis entre si. Só que Nietzsche entende que a vontade é configurada por uma pluralidade de sentimentos inseparáveis do pensar; trata-se de elementos indissociáveis.

Em *Assim falou Zaratustra*, Nietzsche apresenta o corpo como a Grande Razão, ou seja, o corpo é o agente ou artífice da história, não o “eu”, que tem no intelecto (razão), uma suposta operacionalidade *na* existência. O leme do barco não está, como pensam muitos, nas mãos desse “eu”, alvo das práticas diretivas, corretivas e normalizadoras, mas no próprio corpo, que insiste em afirmar-se, afirmando assim a vida mesma.

Seu Zaratustra, após longos anos distante dos homens, faz, ao re-encontrá-los, seu primeiro apelo:

Eu vos rogo, meus irmãos, *permaneçei fiéis à terra* e não acrediteis nos que vos falam de esperanças ultraterrenas! Envenenadores, são eles, que o saibam ou não. Desprezadores da vida, são eles, e moribundos, envenenados por seu próprio veneno, dos quais a terra está cansada; que desapareçam, pois de uma vez! (NIETZSCHE, 2005b, p. 36).

Trata-se de manter-se distante do pessimismo diante da vida, de desconfiar dos que desprezam a vida neste mundo, mas, e principalmente, a valorá-la. Acreditando numa outra existência para além desse mundo, pondo sua esperança numa vida que não aquela que tem aqui, o homem dá indícios que foi envenenado, que está doente e fraco, que precisa curar-se. Ora os pregadores da moral ensinam a desprezar a vida mediante suas “pregações” e “homilias”, excitam seus ouvintes a supervalorizar o espírito e a olhar com desdém o corpo, pensando poder dele escapar.

A crença no binômio corpo e alma acabou paralisando as energias do homem no mundo – pois esse acaba direcionando-as na tentativa de aliviar a angustia que experimenta pela disputa fictícia entre o corpo e alma –, tal fé promoveu a obstrução da ação criadora do homem, já que o homem crendo que o bem e o mal existem em si mesmos, e de que o mal está no corpo e de que o bem na alma, ele, o homem tornou-se ponto de implosão, uma espécie de bomba relógio que a qualquer hora poderá destruir-se. Essa dicotomia, portanto, foi a mais terrível invenção realizada no ocidente para paralisar e abolir a vida.

Não é o erro como erro que me assusta à visão disto, mas [...] Que se tenha ensinado o desprezo pelos primeiríssimos instintos da vida; que se tenha *inventado* uma “alma”, um “espírito”, para arruinar o corpo; que se ensine a ver algo impuro no pressuposto da vida, a sexualidade; que se busque o princípio ruim do mais básico e necessário ao florescer, o *estrito* amor de si (– a própria palavra é pejorativa! –); que ao invés se veja nos típicos signos do declínio e da contradição do instinto, no que é “desinteressado”, na perda do centro de gravidade (NIETZSCHE, 1995, p. 115).

Desse modo, para o estabelecimento da saúde é preciso a destruição desse valor e a instauração de outros. Por isso uma das primeiras ações daquele que cria é abolir o “Tu deves” e instaurar o “Eu quero”. O “Tu deves” tem sua origem no equívoco, na negação de si mesmo. O “Eu quero” é a afirmação da condição mesma

do homem, de seu corpo, é a possibilidade para o ensaio, para a experimentação, para o aprendizado. Ele mesmo, vai a partir de suas vivências estabelecer o que quer e o que não quer, o que lhe convém e o que não. Esculpindo-se a si mesmo resiste em entregar-se ao processo de repetição oriundo da falácia de que somos maus, que o conhecimento – que é veículo da moral – é o remédio para esse veneno instalado no corpo chamado paixão.

Se a doença, para Nietzsche, consiste no enfraquecimento dos instintos e o doente é o “homem bom”, então sadio é aquele que não despreza o corpo, aquele que não foge de si mesmo, que não despreza sua “humanidade” – daí não cai no pranto sem fim pelo reconhecimento de uma natureza inacabada e de que é ele sim que pode ou não se dar ao trabalho de esculpi-la. Na “grande saúde” não há renúncia de si mesmo que, o filósofo, denomina o grande delírio da razão. Pois acreditando em uma vida *fora* despreza a si mesmo, seu corpo, já que este afirma que essa *vida fora* é ilusão, e não suportando a dúvida suscitada pelo corpo, o homem dirige suas forças na expectativa de elimina-lo. Mas, para o filósofo, o corpo é uma multiplicidade com um único sentido. Os afetos, as paixões, os desejos, as necessidades, as inclinações e tudo o que é objeto de valoração, de classificação em bom ou mal, agradável ou desagradável, divino ou demoníaco, doença ou saúde, tudo isso é o corpo mesmo.

Diferentemente daqueles que vão conceder privilégios à razão, ou seja, à porção intelectual do homem, Nietzsche dirá: a razão é tão somente uma pequena parte da “grande razão” que é o corpo. O espírito, que sempre teve no Ocidente certo prestígio em relação ao corpo, que sempre foi considerado como a porção superior do homem, é tão somente um pequeno brinquedo do corpo.

Assim, o que nós denominamos de “Eu”, algo que se coloca diante do corpo como distinto, como aquilo que tem a capacidade de governar-lo, de dominá-lo, esse “Eu” é uma ficção montada para consolidar a vontade de dominação. Daí que, quando o homem encontra-se imerso nas experimentações de seus afetos e apetites, ouvir o comando de ordem: “é preciso que teu “Eu” não seja dominado pelo teu corpo se quiseres ser feliz e não cometer erros!”. Ora, tal expressão é o claro manifesto do equívoco que é de considerar o *eu* como uma realidade fabricada pelo corpo, sendo que sem esse, tal “Eu”, jamais poderia existir. Essa distinção de “eu” e “corpo”, ou “o corpo é meu”, são fictícias.

Atrás de teus pensamentos e sentimentos, meu irmão, acha-se um soberano poderoso, um sábio desconhecido – e chama-se o ser próprio. Mora no teu corpo, é o teu corpo [...]. O teu ser próprio ri-se do teu eu e de seus altivos pulos. “Que são, para mim, esses pulos e voos do pensamento?”, diz de si para si. “Um simples rodeio para chegar aos meus fins. Eu sou as andadeiras do eu e o insuflador dos seus conceitos” (NIETZSCHE, 2005b, p. 60).

Desse modo, é infundado o desprezo dado aos instintos, aos afetos, aos desejos, a tudo aquilo que tem no corpo sua gênese e é considerado como fardo para a alma. O homem é convidado a converter o desprezo em admiração, a transmutar o valor atribuído de vício à virtude. Em vez de buscar catequizar o corpo, a domesticá-lo acreditando que encontrará assim alívio e paz, faz-se necessário agora se colocar sob o comando de quem, de fato, sempre tudo dominou e criou.

A esse ódio ao desenvolvimento dos instintos humanos é o que caracteriza o modo de pensar denominado por Nietzsche de cristianismo. É o auto-desprezo, conjugado com o sentimento de impotência do “não poder livrar-se”, que incita o homem na busca de curar-se. Uma espécie de agulhão que o motiva, que o desloca na busca de um alívio, de um consolo, de uma espécie de salvação. É o ideal ascético, que, nessa busca das certezas, de verdades, procura por um *culpado*, um culpado por este mal-estar. Ora, a busca pela culpa é “comum a todos os doentes, tanto mais quanto lhes for desconhecida a verdadeira causa do seu mal-estar, a fisiológica” (NIETZSCHE, 2004, p. 117). Na ânsia de se tornarem livres, equivocam-se quando estabelecem *verdades*, justificativas de causalidade, de modo que de *livres* não têm nada, pois além de fabricarem *desculpas* para o auto-desprezo, creem nas mesmas verdades que estabelecem. Para Nietzsche, essa é a *verdadeira doença*, já que os instintos, vistos sob desconfiança, passando a exercer funções de cálculo, associações de causa e efeito, tornarem-se vigiados pela consciência.

Esta mutilação, divisão, essa separação do homem em uma realidade instintiva, chamada corpo, e outra, cultuada, sagrada, nobre que chamam de intelecto, a porção racional, foi a maior declaração de guerra feita ao homem.

Ambos, ciência e ideal ascético, acham-se no mesmo terreno – já o dei a entender –: na mesma superestimação da verdade (mais exatamente: na mesma crença na *inestimabilidade*, *incriticabilidade* da verdade), e com isso são *necessariamente* aliados – de modo que, a serem combatidos, só

podemos combatê-los e questioná-los em conjunto. Uma avaliação do ideal ascético conduz inevitavelmente a uma avaliação da ciência: mantenham-se os olhos e os ouvidos abertos para esse fato! (NIETZSCHE, 2004, p. 141).

Com a perspectiva de que a verdade promova a civilização do homem, seu “amansamento”, sua “domesticação”, a ciência segue a receita cristã da promoção do “homem bom”. Daí dizermos que a ciência em seu modo de “pensar” é cristã. Sobre isso Wilson Antonio Frezzatti Junior indaga:

o “cristianismo” é causa da decadência, ou seja, é um fator cultural que provoca a decadência dos impulsos humanos ou o “cristianismo” surge e se prolifera em função de uma decadência fisiológica pré-existente? Ou, posto de outra maneira, o “cristianismo é responsável por uma ação cultural deletéria, pela desagregação ou degradação dos impulsos humanos ou ele instala-se em organismos (homens e instituições) em que os impulsos já estejam desagregados ou degradados?” (FREZZATI JUNIOR, 2006, p. 100).

Para Nietzsche, por trás desses processos civilizatórios e de humanização, há, sim, um imenso processo “fisiológico” de mediocrização do homem.

Civilização, humanização, progresso, eis aqui o título em que consiste a distinção do europeu; como fórmula política, chama-se movimento democrático europeu; atrás do cenário moral ou político a que se referem tais formas, cumpre-se um imenso processo “fisiológico” que se desenvolve, uma crescente assimilação dos europeus, uma nivelção de todas as condições, raças, ligadas entre si por meio de influências climáticas e castas [...]. As mesmas condições novas que servirão para igualar e mediocrizar o homem – um homem de rebanho, útil, trabalhador, capaz de muitas coisas – serão também aptas para formar indivíduos excepcionais, da espécie mais perigosa e mais sugestiva (NIETZSCHE, 2009, p. 166-167).

Se o corpo é, em Nietzsche, uma pluralidade de impulsos ou forças em luta por mais potência, a saúde e a doença são modos de apresentação dessa pluralidade de impulsos. Só que, em Nietzsche, essa pluralidade de impulsos não são entidades biológicas ou físicas, mas apenas uma interpretação que ele, como “filósofo médico” dá para que o homem se auto-supere. Sua crítica ao ideal ascético é a de que esse, embora seja uma força, busca a preservação ou conservação de si mesma, e não de superação, daí se constituir como uma doença.

O homem “saudável” ou aquele que se auto-supera, o Super-Homem de

Nietzsche é o que aceita seus impulsos numa perspectiva do vir-a-ser, que entende a vida como um processo de luta por mais potência e, por isso, rejeita as dicotomias metafísicas. O homem “saudável” pensa criativamente, não propondo, entretanto, a felicidade nem o repouso para o mundo. Se há paz, essa é somente uma pausa para novas batalhas. Diferentemente, o homem “doente”, ou *decadente*, é o que necessita de *civilização*, a tudo considera como proibido e hostil – principalmente seus impulsos – porque tudo o ameaça.

Sobre os efeitos dos discursos de verdade, todos eles ancorados na falsa crença de que o corpo combate a vida, objetiva-se que o homem se torne *bom* e *feliz*. É o grande sonho, o supremo delírio. Ora o que é esse “bom”? Que “felicidade” é essa? Em geral, o homem bom é concebido como aquele que não cede aos apelos do corpo, aos seus desejos, capaz de fazer somente aquilo que lhe diz a razão, que lhe diz a consciência iluminada pelos ensinamentos, pelos ditames das verdades elaboradas pelos mestres do saber. O homem “bom” não experimenta mais a guerra, mas somente a paz, a tranquilidade que adormece todo e qualquer desejo e vontade de agir em direção oposta àquela que deve ser seguida em busca da salvação de seu *eu*. O homem *bom* foge dos conflitos, das tensões que resultam em rupturas do convívio pacífico com os demais seres humanos. O homem *bom* renuncia a si mesmo em prol dos demais, ele tem uma consciência sempre tranquila, já que não transgride e jamais desobedece.

E a felicidade? A felicidade do homem “bom” é justamente a sensação de bem-estar que sente, por constatar que tudo está em ordem, de que não há nenhum movimento em direção contrária àquela posta pela razão, pela norma, pela lei. Todos os instintos e afetos estão adormecidos. Mas, esse homem está é morto!

Como promover a “grande saúde?”. Por meio da educação ou por meio de uma modificação biológica? A “grande saúde” é alcançada pela transmutação dos valores, ou seja, pela superação dos valores vigentes e pela criação de uma nova cultura.

Observem que na argumentação nietzschiana de que os processos civilizatórios são meios de enfraquecimento do homem e de que o progresso é decadência, observem que há uma inversão de perspectivas. Nietzsche inverte o sentido habitual dos pares citados.

Em *Assim falou Zaratustra*, a respeito da satisfação dos instintos, diz:

Todas as tuas paixões, por fim, tornaram-se virtudes e todos os teus demônios, anjos. Noutro tempo, tinha cães ferozes no porão da tua casa; no fim, porém, transformaram-se em maviosas aves cantoras. Dos teus venenos, destilaste um bálsamo; ordenhaste a tua vaca tribulação – e sorves, agora, o doce leite do seu ubre. E mais nada de mau brotará de ti, doravante, a não ser o mal que brotar da luta entre as tuas virtudes (NIETZSCHE, 2005b, p. 62).

A satisfação dos desejos e vícios, dos desejos “carnais”, tidos como maus, das paixões rotuladas como doenças da alma, recebe da grande razão transmutação de valor. Diferentemente de Platão, que vê no combate entre os instintos a manifestação da imperfeição do homem, e, especificamente, da resistência que faz a alma ao corpo, Nietzsche vê nesse combate a busca por aquilo que é mais elevado, uma relação de forças que buscam superar umas as outras, e nisso não há mal algum; ao contrário, é a *superação* do homem.

Para Nietzsche, o olhar depreciativo sobre o corpo é o da culpabilização da vida, é o “Deves matar-te a ti mesmo! Deves tu mesmo subtrair-te à existência” (NIETZSCHE, 2005b, p. 72). A transvaloração é reconciliação, ou seja, já que foi estabelecida uma intriga, um mal entendido entre o homem e o seu próprio corpo, agora o homem é convidado a amar a vida e não a desprezá-la. Em vez de “não ameis ao mundo nem as coisas que há do mundo”, um “amai a vida e afirmai-a”.

Nessa transmutação está a revalorização da “verdade”. Para Nietzsche, a verdade foi posta sobre o homem como uma coleira, limitando seu deslocar, sua relação com o meio e com tudo o que o cerca. Desse modo, quando desconfia da ‘verdade’ e dela se afasta, a princípio não sabe para onde ir. A liberdade tornou-se para ele uma experimentação do mundo que o acolhe, mas que lhe é estranho, e, por isso, não sabendo o que fazer com a liberdade, desorientado, ele elege seus ‘guias’, os ‘diretores de consciência’. A verdade, assim, acabou por enfraquece-lo, e pôr-se de pé, abandonar a posição de quadrúpede e caminhar solitário, é para Nietzsche o modo único de não perecer. É o mudar de pele. Entretanto, esse “mudar de pele” é prática que exige coragem.

De fato, encontramos pessoas que não conseguem conduzir-se, pois necessitam de verdades pré-elaboradas, e sendo incapazes de conduzir-se elegem um “pastor”. E quem é o pastor? Nossos desesperos, nossas incapacidades.

A crença em metas, o estabelecimento de ideais é, pura e simplesmente, a manifestação do nosso cansaço e da nossa fraqueza. Um enfraquecimento verificado no *não suportar o não saber* o que “é certo ou errado”. Só que a vida vigorosa não se encontra isenta do conflito entre a crítica e a ilusão, não prometemos uma verdade última, mas abri-se continuamente às mais distintas maneiras de existir. A vida de vigor não suporta o hábito, que soa como subjugação, como domesticação de sua força que cria e recria, ameaçando a possibilidade de autonomia; as prescrições tendem a inibir no homem sua inclinação própria ao inabitual, à diferença, à singularidade.

Para Nietzsche, o mundo concebido pela vontade científica é o mundo desprovido de gosto, de seletividade, já que tudo querendo saber, o desejo científico impossibilita o desenvolvimento das forças instintivas próprias do homem já que estas estão ligadas à busca de prazer e ao desprazer, pura anticientificidade. Não sendo cultivado o instinto, a força que desloca o homem na busca por prazer é amordaçada, aprisionando o homem em um sistema de alienação e mutilação permanente. Todavia, este reconhece, e a sociedade com ele, que há uma pluralidade de interesses que o querem mover na busca de realização e de satisfação, interesses que duelam entre si, de modo que Nietzsche afirma que esta guerra, que este conflito é a condição natural do homem. A paz, como mencionei anteriormente, é tão somente um momento raro que este celebrará de tempos em tempos em sua existência.

A vida que a filosofia nietzschiana convida a ser cultivada, não é a vida de rebanho, de massificação, de homogeneização, onde estão condenadas à fogueira toda e qualquer possibilidade para a ilusão, desejo e embriaguez, onde o intelecto é o alvo privilegiado das apreciações e possibilidade de existir. Pelo contrário, a vida a ser cultivada é a vida onde há o estabelecimento de um modo próprio de existência, de um caminho próprio como manifestação do combate frente aos crônicos conceitos de “verdadeiro” e “não verdadeiro”, de “certo” e de “errado”. Não é, de modo algum, a declaração de uma guerra às exigências inspiradas pelo instinto da vida, mas, trata-se de declarar guerra às sanções que negam a natureza, às pretensões de imortalidade, aos processos de culpabilização do viver, às pretensões de estabelecimento do que é bom e mau, a negação dos conflitos.

Se há alguma salvação para o mundo, esta não se encontra como pretende

a ciência no conhecimento. Segundo Nietzsche (1987, p. 30): “Não é no *conhecimento*, é na *criação* que se encontra nossa salvação! Na aparência suprema, na mais nobre emoção encontra-se nossa grandeza! Se o universo em nada nos concerne, queremos ter o direito de desprezá-lo”.

Resistir à verdade, eis o nadar contra a corrente. Fazer-lhe oposição, mas numa denúncia que potencialize as forças vitais presentes no homem, em seu corpo. Concebendo-a como um artefato, como algo necessário para o homem, como uma necessidade social, o espírito livre faz-lhe resistência não considerando-a como algo não útil, mas não se deixando domesticar por ela, já que esta tem a capacidade de gerar a imitação, a condição necessária para os processos civilizatórios das espécies gregárias. Trata-se de não se aprisionar, de resistir aos processos de arrebanhamento instalados em toda a malha social em nossos tempos, processos que encontram vigor nos discursos de verdades que se proliferam às custas dos múltiplos meios de comunicação e de difusão.

O espírito livre, aquele que saboreou a experiência de suas próprias forças, que foi capaz de fazer curvar sobre si mesmo suas potências em forma de cuidado de si mesmo, não suporta mais as camisas de força forjadas pelos outros, sejam de indivíduos isoladamente ou de instituições. Os preceitos, os conselhos, as recomendações alheias soam como algo sempre estranho, chegam-lhe com odores um tanto desagradáveis, causam-lhe sempre prurido. Pois, o espírito livre quer ser independente dos demais, e depender somente de si mesmo, quer aventurar-se em fabricar sua própria moral, seu conjunto de valores e acreditar neles. Quer experimentá-los, expô-los ao fogo e verificar sua consistência, como uma espada levada ao forno para ser testada em sua durabilidade e resistência, assim faz o espírito livre. Daí sentir-se-á seguro para empregá-la em proveito próprio, sem medos poderá enfrentar os processos de captura e estabelecer seus regimes de conduta. Ao contrário do homem do rebanho que em favor do costume lhe submeteu os órgãos de ataque e defesa, atrofiando-os, o espírito livre não tem práticas ditas refinadas.

As práticas que são requeridas na sociedade refinada: evitar cuidadosamente o ridículo, o chamativo, o pretensioso, relegar tanto suas virtudes como suas veementes cobiças, mostrar-se como igual, inserir-se, diminuir-se – tudo isso que é a moral social, encontra-se *grosso modo*, em toda parte, até na profundidade do mundo animal, - e apenas nessa

profundeza enxergamos a intenção por trás dessas gentis precauções: quer-se escapar aos perseguidores e ser favorecido na busca da presa (NIETZSCHE, 2004, p. 29).

Resistir é colocar tais discursos de verdades sob suspeita. Sendo assim, as práticas desprotegidas coloca sob suspeita não somente a relação de causalidade entre estas práticas e o risco de adoecimento, mas sobretudo, e em especial, coloca em suspeita a supremacia da medicina sobre a vida humana, reclamando a indivíduo a possibilidade de exercer sobre si mesmo o cuidado e a assistência ao corpo e à vida que foi delegado à medicina. Trata-se da valoração própria:

Todas as ações remontam a valores, todas as valorações são *próprias* ou *adotadas* – essas últimas são bem mais numerosas. Por que as adotamos? Por medo – isto é: achamos aconselhável fazer como se fossem também nossas – e nos acostumamos a tal dissimulação, de modo que ela termina por ser nossa natureza [...] Valoração própria quer dizer: medir uma coisa conforme o prazer ou desprazer que causa justamente a nós e a ninguém mais – algo bastante raro! (NIETZSCHE, 2004, p. 75-76).

Mas, atenção, o estabelecimento da própria moral pelo espírito livre não pode ser feito com base em conclusões que Nietzsche (2004, p. 74) denomina de execráveis, do tipo: “O que me prejudica é algo *ruim* (prejudicial, em si); o que me ajuda é algo *bom* (benéfico e vantajoso, em si); o que me prejudica *uma vez ou algumas vezes* é o elemento inimigo em si e por si; o que me ajuda *uma vez ou algumas vezes* é o elemento amigo em si e por si”. Não. As leis próprias, desconhecidas de todos, são criações vivenciais, feitas a cada momento, sem esquivar-se jamais das possibilidades, sem culpabilização, sem busca ou indicação do “responsável”, é a mudança contínua da pele, da opinião, pois não se está preso a convicções e nem a certezas já que a verdade torna-se vez por outra enfadonha, não tem necessidade de justificar-se, possui a si mesmo.

Quem realmente possui a si mesmo, isto é, *conquistou* definitivamente a si, vê doravante como privilégio próprio castigar-se, perdoar-se, compadecer-se de si mesmo: ele não precisa concedê-lo a ninguém, mas pode livremente passá-lo às mãos de outro, de um amigo, por exemplo – mas sabe que assim confere um *direito*, e que direitos podem ser conferidos apenas desde que se possua *poder* (NIETZSCHE, 2004, p. 228-229).

A experiência da transvaloração de todos os valores, do estabelecimento de uma estética da existência, passa pelo abandono de um *status* pedagógico. Se o modo pelo qual a medicina nos educa nos reveste de uma segunda natureza, de tal modo que ela mesma, a depender de nossas condutas de docilidade e de obediência às suas recomendações, nos considera “alfabetizados sanitários” ou “racionalmente saudáveis”, uma conduta de contra-valor, pode ser considerado como um desfazer-se dessa pele, uma desnaturalização ou uma renaturalização bizarra que mantém latente o gérmen da vontade de viver. Uma vida assim, do tipo “*eremita-sociável, devorando e devorado, com pensamentos fecundos e profundos*”, é a vida do senhor de si mesmo, do senhor das próprias virtudes, onde estas são admitidas como paixões e onde não há a experiência da má consciência.

## OITAVA DISSERTAÇÃO

Júlia nasceu surda. Quando Evelyn Freitas Albuquerque, sua mãe, recebeu a confirmação do diagnóstico, 21 dias após o parto, ela se informou sobre uma cirurgia e decidiu que iria tentar. Júlia foi operada aos 10 meses. Um mês após a cirurgia, ouviu pela primeira vez. Era apenas um “píiii”, um barulho para testar o implante, mas fez a menina arregalar os olhos e sorrir. Depois, o som da própria risada a encantou. Ela riu o dia inteiro. Um mês e meio após implante, Evelyn ouviu Júlia chamá-la de mamãe pela primeira vez. Hoje, a mesma fala como qualquer criança de sua idade. “Ela vai ter uma vida normal”, diz Evelyn (MOON, Peter, RIBEIRO, Aline, BUSCATO, Marcela. **O novo homem biônico**. Revista ÉPOCA, 8 de fevereiro de 2010, p. 80).

## 8.1 – OS ANORMAIS DO “PRESENTE” E AS PROMESSAS DE IMORTALIDADE

A intervenção médica a que a menina Júlia foi submetida se chama implante coclear, também conhecido como “ouvido biônico”. O procedimento consiste em implantar um componente eletrônico na região do ouvido e acoplar um dispositivo na região externa da cabeça. O dispositivo capta os sons, transforma-os em sinais e os envia ao componente eletrônico que os repassa ao cérebro, que decodificará os sons. Parece simples, mas desde que as primeiras tentativas se iniciaram por volta dos anos de 1950, o implante adquiriria mais força somente 40 anos mais tarde. Segundo a Revista Época, que em Fevereiro de 2010 lançou como principal matéria o tema *Corpo biônico*, atualmente 180 mil pessoas em todo o mundo usam esse dispositivo auditivo, sendo que 2 mil delas vivem no Brasil.

No momento, com as novas biotecnologias, é possível restaurarmos ou mudarmos outras partes (peças) do corpo. O tema do Homem-Máquina, já presente no século XVIII numa obra escrita pelo médico e filósofo Julien Offray de La Mettrie, datada de 1748, está deixando de ser uma ficção presente na literatura e no cinema, para se converter em situações concretas de reparação e ajuste do corpo que adocece e/ou que padece.

Mesmo diante da velha crença de que a natureza tinha constituído o corpo como capaz de auto-regular-se, a experiência de sua vulnerabilidade estimulou o homem a adotar os melhores meios para preservar sua integridade. Tal busca exprime, de certa maneira, a autonomia humana em relação ao divino, já que recorrendo a si mesmo, à própria engenhosidade, o homem liberta-se dos vínculos de subordinação ao sagrado, procura não estar assujeitado à vontade do que lhe seja exterior. É a força que adquire potência e se desloca de outra que a mantinha subjugada.

Sendo máquina, o homem pode se auto-regular, como um relógio que dá corda a si mesmo, não necessitando nem do relojoeiro e nem do maquinista. O homem pode controlar o próprio destino; descobriu que não necessita de Deus, pois descobrira que não é seu filho e que sua “alma” é tão funcional quanto seu corpo. O

corpo é sua única realidade. Daí a importância de cuidar de seu corpo, de preservá-lo, de protegê-lo da doença e da morte.

Sergio Paulo Rouanet discutindo sobre a perspectiva do médico filósofo do século XVIII dirá:

A ideia de uma alma imortal vem da nossa vaidade, do orgulho de nos sentirmos superiores ao resto da criação. O pensamento é uma simples função da matéria organizada. A experiência demonstra que a matéria comanda tudo, que só o corpo existe. A prova é que, com a doença, o mais belo gênio se torna estúpido. Uma obstrução no baço teria transformado Platão num idiota (ROUANET, 2003, p. 49).

As consequências morais dessas perspectivas e afirmações são devastadoras para muitos indivíduos de nossa sociedade. Ao problematizarmos a temática do Homem-Máquina, em última instância encontraremos tanto o vício como a virtude na dependência de um estado orgânico. Trata-se de uma sublevação radical da metafísica, pois se substitui o antigo dualismo por um monismo, ou seja, há uma só matéria que é o corpo, e é ele que determina nosso comportamento, levando-nos a praticar tanto o que chamamos de bem como o que chamamos de mal, sem que sejamos responsáveis por uma coisa ou outra.

É o corpo como a grande “razão”. Para os que desprezaram o corpo, os que nele viam um cruel e eterno inimigo, têm nessa perspectiva a possibilidade de repensarem suas crendices, sobretudo a que considerar que somos compostos de suas partes: corpo e alma. São infantis os que nisso creem, ainda dormem, estão sob o torpor dos pregadores que odeiam a vida. Aquele que desperta e que se livra desses pastores e do rebanho já consegue afirmar: “Eu sou todo corpo e nada, além disso; e alma é somente uma palavra para alguma coisa no corpo” (NIETZSCHE, 2005, p. 60).

O caso de Júlia e de outros “recuperados” nos apresenta ambiguidades, pois coexistem o humano e o anti-humano e não sabemos onde acaba um e onde começa outro. Assistimos a consolidação de uma autonomia em relação ao divino, já que o homem sente-se cada vez mais senhor do seu destino e do seu corpo, capaz de libertar-se dos infortúnios que antes só Deus poderia libertá-lo. Entretanto, enquanto assistimos a “restauração” do homem, do seu corpo, se consolida ainda mais a *velha* busca de um corpo desprovido de sua capacidade de adoecer, do

*antigo ideal*; só que em vez de ser fabricado numa ascese onde está presente a realização de exercícios físicos, a adoção de regimes alimentares, a prática da confissão, os sacrifícios de renúncia, esse *corpo ideal*, é fabricado em laboratórios. Estamos numa grande oficina. Com as novas tecnologias podemos restaurar ou mudar o corpo.

O ouvido biônico – Inventado há 30 anos, ficou menor, mais potente e já pode ser feito até em recém-nascidos. Desenvolveu a audição a 200 mil pessoas no mundo.

O braço elétrico – Feito pelo Instituto de Reabilitação de Chicago, o braço tem eletrodos para captar sinais elétricos na superfície amputada. Os sinais são traduzidos em linguagem de máquina. Basta pensar para controlar a prótese biônica.

Pâncreas portátil – Um sensor que afere o nível de glicose no sangue e controla uma bomba de insulina vai melhorar a vida dos diabéticos.

Bexiga – O urologista Anthony Atala já cria bexigas artificiais. Ele retira células do paciente e as cultiva em um molde biodegradável com o formato do órgão. Basta implantar no lugar do original, sem riscos de rejeição.

Os chips anti-Parkinson – implantes neurais já são usados para controlar o tremor provocado pela epilepsia e pelo mal de Parkinson.

Olhar biônico – Quem perdeu a visão por doenças como glaucoma poderá implantar um chip na retina, ligado a uma câmera nos óculos. Os sinais seguem para o cérebro, que “vê” as imagens.

Coração – O Abiocor, um coração totalmente artificial, já vendido nos EUA por US\$ 250 mil, mas ainda funciona precariamente (MOON, Peter, RIBEIRO, Aline, BUSCATO, Marcela. **O novo homem biônico**. Revista ÉPOCA, 2010, 8 de fevereiro de 2010, p. 78-79).

Não se trata mais de sermos iguais a Cristo, mas imitarmos Arnold Schwarzenegger. Não se aconselham mais exercícios espirituais, como os recomendados por Santo Inácio de Loyola, mas exercícios em academias, musculação, para que as pessoas fiquem mais fortes e belas. Nada contra, se não fosse uma questão: essa “programa” da saúde perfeita supõe um acordo mínimo quanto ao que seja normal. Mas como bem nos lembrou Jean-Jacques Courtine, a questão da anormalidade do corpo deve ser pensada juntamente com a cultura, ela tem uma história, e como ele bem salienta:

... o século XX foi um momento de extensão sem igual do poder de normalização, de reforço sem precedentes das normas burocráticas, médicas e publicitárias de enquadramento do corpo individual. O corpo anormal foi aí o objeto de um *imenso esforço corretivo* que os desenvolvimentos da medicina levaram a seu estágio terminal (COURTINE,

Jean-Jacques Courtine se refere à tremenda interferência da genética sobre a *anormalidade*, já que graças a ela os médicos podem detectar os desvios nas mutações dos genes, que adquirem visibilidade pelas ultra-sonografias uterinas que permitem o diagnóstico precoce da manifestação das anomalias, permitindo aos genitores, por exemplo, programar o reparo ou eliminação. Assim as próteses que mencionamos acima se multiplicam e se tornam mais sofisticadas na tentativa de remediarem o número crescente de deficiências do corpo.

Mas não são os grandes desvios que recebem na contemporaneidade mais atenção das práticas médicas corretivas. Associando-se à lógica da indústria da renovação corporal, a medicina estética não se contenta em corrigir as deformações corpóreas. Considerada como a principal anormalidade do século XX e, com maior probabilidade de ser uma das maiores pandemias da história da medicina, a obesidade e com ela todas características corpóreas que sinalizam o feio, solicitam da medicina intervenções reparadoras em cifras grandiosas. No Brasil, somente em 2009, foi registrado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica um total de 640 mil intervenções que objetivam a promoção do *belo*; a cirurgia estética e a sua clientela não cessam de *inventar* um sem-número de imperfeições à espera do bisturi; são as doenças da hipernormalidade.

Um levantamento divulgado pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (Isaps) revela que os Estados Unidos são o país que mais realiza esse tipo de intervenção nas mesas de operações no mundo. Em segundo lugar está a China e, em terceiro, o Brasil. A Pesquisa Global, da Isaps, reuniu, pela primeira vez, dados das principais nações e regiões na área de cirurgia plástica, que representam 75% de todos os procedimentos realizados em 2009. As informações foram obtidas e analisadas por especialistas em estatística independentes. Embora o consenso fosse de que o aumento de mama era o procedimento de cirurgia plástica mais popular de 10 anos para cá, o levantamento mostra que a lipoaspiração é o procedimento mais procurado, com 18,8 por cento do total. Em seguida, aparecem aumento de mama, 17%; intervenções nas pálpebras, 13,5%; no nariz, 9,4%; e na barriga, 7,3%. A enquete também mostra que o número dos procedimentos não cirúrgicos realizados por profissionais de operação plástica foi superior aos cirúrgicos. Os principais: injeções de neuromoduladores e toxinas, como Botox e Dysport, com 32,7%; injeções de ácido hialurônico, 20,1%; remoção de pelos a laser, 13,1%; injeções de gordura do próprio paciente para outras áreas do corpo, 5,9%; e tratamento com luz pulsada intensa, 4,4%. Os procedimentos não cirúrgicos foram mais

realizados nos EUA, no Brasil, no México e na China e, em menor escala, no Japão, na Hungria, na Coreia do Sul, na Índia e na Alemanha. A Pesquisa Global da Isaps apresentou, também, várias estatísticas importantes relativas ao número total de especialistas credenciados por Sociedades de Cirurgia Plástica ou com o credenciamento equivalente nos seus respectivos países, estimados em 30.817. O número total de procedimentos cirúrgicos foi estimado em 8,5 milhões e o de intervenções não cirúrgicas, 8,7 milhões. (Disponível em: < <http://opovo.uol.com.br/app/o-povo/brasil/2010/08/11/>>. Acesso em 13/08/2010).

Dentre as intervenções para correção das “imperfeições” podemos mencionar: enchimento dos lábios finos, redução ou aumento dos seios, afilamento do nariz dilatado, enchimento do bumbum achatado, rejuvenescimento da face, redução do tamanho do estômago, aspiração da gordura abdominal e remoção de pêlos. Observem que dois objetivos se confundem: o médico e o estético. Para reforçar tal afirmação posso citar dois exemplos.

O primeiro é o emprego de um medicamento bastante conhecido pelos neurologistas: a *toxina botulínica tipo A*. Esta substância, produzida por uma bactéria chamada de *Clostridium botulinum*, tem indicação aprovada pelo Ministério da Saúde brasileiro para as seguintes condições: distonia, hiperhidrose, estrabismo e blefaroespasmos. Todavia, por suas propriedades de relaxamento da musculatura, é bastante empregada na “promoção do rejuvenescimento”, já que aplicada na face promove o desaparecimento temporário de rugas. Mas ter rugas não faz de nenhum indivíduo alguém doente, mas, parece que o torna *anormal*; é a sociedade não aceitando o envelhecer. O segundo exemplo, é do hormônio testosterona que produzido tanto pelas gônadas masculinas (testículos) [e femininas (ovários – só que em pequenas quantidades)] é o grande responsável pelo desenvolvimento e manutenção das características masculinas, pela função e manutenção das funções sexuais. O problema que hoje se verifica é que sua forma sintética é empregada também para obtenção de maior massa muscular por alguns indivíduos que frequentam academias. Ora, a deficiência do hormônio é uma doença, mas *não ser musculoso não é*.

Esse espetáculo da musculatura em todo o seu esplendor, de aparato antigo (“Mister Olímpio”, o peplum...), encontra sua origem moderna nas práticas (e no comércio) da musculação. Após a Segunda Guerra Mundial, o

movimento se beneficia com a entrada em cena do espetáculo popular e, em primeiro lugar, no cinema de aventuras exóticas ou históricas (Johnny Weissmuller, Steve Reeves, Arnold Schwarzenegger...), a partir de países que parecem ter dominado o campo, a Itália e os EUA (ORY, 2008, p. 184).

Essa cumplicidade entre a medicina e a estética num programa de *normalização* do corpo, integram a política de “intolerância” ao *feio*. Assistimos a instalação de novos critérios do “belo” e do “sadio”. A maquiagem que nasceu no início do século XX, por volta dos anos de 1900, com a criação dos primeiros “Institutos de beleza”, no final do mesmo século passa a ser incriminada pela falta de autenticidade diante das noções contemporâneas de proteção, purificação e revitalização. Ora uma das hipóteses propostas por Pascal Ory para o número elevado dessas cirurgias é:

... sem dúvida ao progressivo desnudamento dos corpos e, em primeiro lugar do corpo feminino, que relativiza o papel concedido à cosmética e parece justificar o recurso a tipos de intervenção mais profundas dado que se trata de exigir uma parte mais crescente, ou mesmo a totalidade, da própria anatomia (ORY, 2008, p. 166).

Mas ao corpo, não se desnuda por completo, para ele são fabricados novos adereços. O corpo precisa está na moda. Com a valoração do corpo correu-se o risco de banaliza-lo, de torna-lo algo comercializável, uma mercadoria que pode ser trocada por outra. E nesse terreno, como em outros, encontraremos profissões que lidam com esses adereços até ao reconhecimento do estético. O “esteticista”, o “estilista”, o “figurinista”, o “grand chef”. No que se refere ao adereçamento do corpo no século XX podemos mencionar a tatuagem e perfuração dos corpos. As investigações de Pascal Ory nos são bastante preciosas aqui. Ory nos informa que a primeira loja consagrada ao *piercing* foi aberta em 1975 no Reino Unido e o primeiro congresso dos adeptos da tatuagem se realizou em 1976, em Houston.

*Libertando-se* assim de suas condições iniciais o corpo se caracteriza por sua “abertura para o mundo”. Com novos aparatos, tecido não somente pelo orgânico e o biológico, o corpo absorve novas experiências com o imediato. Definitivamente a tecnologia é constitutiva do que *ainda* chamamos de homem. Os espaços digitalizados e eletrônicos que nos circunscrevem reestruturam a

arquitetura biológica e multiplicam as possibilidades do nosso agir. Assim, o significado do *humano* extrapola a pele. A pele já não é mais a fronteira para o que conhecemos por “eu”.

A informação sanitária flui com maior facilidade na sociedade cibernética. O corpo doente acessa à internet, se pluga em dispositivos portáteis de comunicação sem-fio que aceitam, transformam e modificam respostas do corpo biológico, modificando parâmetros *anormais* de temperatura, movimento, respiração ou sensações.

O ambulatório médico está deixando de ser o lugar privilegiado da manifestação da verdade do médico. As redes tele-informáticas e os dispositivos neotecnológicos forçam outras experiências subjetivas. O corpo sólido pelo qual atravessa a terapêutica agora se dissolve e, o senso da individualidade física e mental, declina. O corpo tornou-se um sistema montável, um entrecruzamento do orgânico com o sintético e, assim, o desafio do médico é pensar sobre esse novo modo de continuidade entre o corpo que restaura e o mundo. Para esclarecer melhor o que acabei de afirmar menciono a seguir o caso de Suellen de Paula Rodrigues, 23 anos, da cidade de São José dos Campos, São Paulo.

Suellen tinha 19 anos e desde os 15 lutava contra um câncer no fêmur que a prendia a uma cama. “Tinha de escolher entre morrer com duas pernas u viver só com uma”. Hoje, Suellen retomou a vida normal. Trabalha como bancária e cursa a faculdade à noite.

Suellen usa a prótese mais moderna da América do Sul para seu caso. É uma articulação de quadril com um sistema hidráulico que adapta a intensidade da força aplicada sobre o joelho e varia de acordo com o terreno. O joelho da prótese calcula automaticamente o ângulo de cada passada. Assim, o movimento torna-se natural, a musculatura não é sobrecarregada e Suellen não se cansa. Ela sobe e desce escadas e dá longos passeios no shopping. Com a primeira prótese, ela era obrigada a restringir seus passeios a uns poucos minutos. Precisava encontrar a maneira certa de posicionar o quadril a cada passo, para não jogar todo o peso do corpo sobre a prótese, o que fazia o joelho mecânico dobrar e jogá-la ao chão. Isso aconteceu inúmeras vezes. “Quando usava a prótese antiga, queria que o mundo fosse um grande drive-thru. Queria que as coisas viessem até mim”. O preço da melhora da qualidade de vida de Suellen é alto: R\$ 200 mil. Metade foi paga por um convênio entre a empresa que criou a prótese e a clínica que a adaptou a Suellen. Os outros R\$ 100 mil são pagos pela família da estudante, em parcelas mensais (MOON, Peter, RIBEIRO, Aline, BUSCATO, Marcela. **O novo homem biônico**. Revista ÉPOCA, 8 de fevereiro de 2010, p. 80).

Os artefatos tornam-se instrumentos de aprendizado e, quando feitos de

materiais duráveis, o emprego contínuo dos mesmos para uma finalidade específica, como o de Suellen, possibilita, aquele que os recebeu, o desenvolvimento e a organização de novas percepções. Suellen acabou por internalizar uma exterioridade, a *tecnologia*. Essa internalização é perceptível quando Suellen manifesta novos gestos e outros reflexos. O corpo de Suellen teve que se modificar tanto em sua musculatura como em seu sistema nervoso. O corpo de Suellen ampliou sua potência. E tal ampliação dá-se numa co-existência do corpo com a tecnologia, do orgânico com o inorgânico.

Estamos ainda diante de um ser humano? Indiscutivelmente no caso de Suellen e de Júlia, como o de milhares de pessoas em todo o mundo que sofrem de doenças cardíacas, por exemplo, e que graças ao uso de tecnologias (medicamentos, marca-passos), o conjunto pessoa-artefato supera a soma das propriedades isoladas do orgânico. Somos *cyborgs*<sup>27</sup>. Interagindo com novos pares, por meio de nossa corporeidade, mudamos nossas relações conosco e com os demais. Lentamente estamos nos desapropriando de velhos hábitos interiorizados, estabelece-se novos valores. Os valores que herdamos tornaram-se insuficientes.

O percurso histórico, que vai da utilização manual dos artefatos até a fabricação e manipulação sígnica dos artefatos, descreve um processo complexo e coerente com aquele que vai da natureza ao artifício. O artefato pensou *fora* de nós. Depois ele passou a pensar *em nós*, comandado pela linguagem. Atualmente, com a informática e a tecnociência, o artefato pensa *em nosso lugar* (GUIMARÃES, 2008, p. 25)

André Guimarães se refere especificamente a procedimentos médicos já em andamento relacionados a incorporação de tecnologias junto ao cérebro humano. Médicos norte-americanos já implantam eletrodos em pacientes em estado de coma e obtém como resposta a retomada de funções orgânicas básicas por parte desses pacientes; mas não somente. Pacientes com dificuldade de orientação recebem receptores que os orientam em campos magnéticos permitindo-os ampliarem seus sentidos.

Simultaneamente a tudo o que foi apresentado, também verificamos que o

---

<sup>27</sup> Cyborg: personagem fictício, com organismo que mescla partes orgânicas e tecnologia artificial. Nosso sistema de pensamento e de razão passa por circuitos orgânicos e inorgânicos, o que nos torna *cyborgs*: na vida real (GUIMARÃES, André Sathler. **O corpo expandido**. Filosofia – Ciência & Vida, Ano III, nº 28, Ano 2008, p. 22).

Homem-Máquina está lentamente se *mesclando* a outro, o *Homem-Genoma*. Não afirmaria que o último ocupe o lugar do primeiro, mas tecnologia e biologia afirmam sua fusão.

No filme *Gattaca* (EUA, 1997), de Andrew Niccol, quem é concebido biologicamente é considerado “inválido” enquanto os seres produzidos em laboratórios são os “desejáveis”. É o caso de uma criança que ao nascer é testada e descobre-se que desenvolverá uma doença cardíaca que lhe dará uma expectativa de vida de no máximo 30 anos. Com isso as aspirações do rapaz em se torna astronauta são ceifadas. Ficção de lado, mas é provável que com a decodificação do genoma humano certas pessoas não consigam empregos nem possam pagar planos de saúde, pois suas predisposições genéticas, que podem ser acessadas por bancos de dados de DNA, podem lhes ser desfavoráveis.

Assim, a confecção de seres “humanos” baseadas no DNA pode resultar numa nova forma de discriminação dos indivíduos, em que temos um grupo geneticamente modificado, composto por elementos saudáveis e mais inteligentes, exercendo efeitos de dominação sobre um outro composto por pessoas biologicamente “não modificadas” e, por isso, destinadas por sua condição à obediência.

É com base nessa continuidade da natureza que se realizam numerosas experiências transgênicas. Basta citarmos a soja geneticamente modificada, da qual também é produzido o óleo transgênico da soja presente em nossos supermercados, o milho e leguminosas como o feijão. Isso sem falar num bestiário que fascina o público em geral: porcos com genes de galinha; vaca produzindo leite em maiores quantidades, graças a hormônio de crescimento humano; porcos com genes humanos fornecendo órgãos para transplantes, sem risco de rejeição.

Recentemente a revista *BBC Knowledge* “*Para saber e Conhecer*”, em fevereiro de 2010, lançou mais uma dos que “brincam de Deus”, assim é que ela denomina os cientistas que em laboratório são capazes de dar um passo além das modificações genéticas com seres vivos. Empregando pedaços de DNA padronizados, chamados BioBlocos, os biólogos sintéticos montam criações. Assim, inserindo blocos de DNA em células bacterianas, os pesquisadores produzem descendentes com propriedade determinadas pelo novo genoma elaborado sob medida. A Synthetic Genomics está atualmente tentando construir células que

possam produzir hidrogênio como um combustível potencial. Seu principal pesquisador, Craig Venter, faz isso por meio da montagem de um genoma que codifica todas as premissas de uma célula viva artificial. Venter está montando gene a gene um organismo inteiro sob medida, se conseguir, estará criando vida onde antes não existia. Nos próximos anos, pela primeira vez em 4 bilhões de anos, poderá aparecer uma célula que não nasceu de outra.

Essa nova célula plantará uma nova árvore da vida, cujo único objetivo será o benefício da humanidade. Se for tratada com cuidado e responsabilidade, isso pode ser motivo de comemoração (RUTHERFORD, Adam, PARSON, Paul. **Brincando de Deus**. Para Saber e Conhecer, fevereiro, 2010, p. 23).

O que resta-me a dizer? Temos elementos diversos que são dignos de comentários e investigações. Mas no que toca aos objetivos do trabalho, creio que seja importante chamar a atenção de que o *ideal ascético* de origem *platônica*, me parece, não ter jamais desaparecido. A ideia de uma melhoria da espécie *homem* penetrou, de tal modo, diversos campos de saberes, que se tornou inconcebível uma vida, uma existência, que não tenha seus olhos fixos nessa “promessa”. Todavia, Nietzsche (2007, p. 11) ainda adverte-nos de que isto é um grande erro: “A humanidade *não* representa um desenvolvimento para melhor ou mais forte ou mais elevado, do modo como hoje se acredita. O “progresso” é apenas uma ideia moderna, ou seja, uma ideia “errada”. O homem pretendendo “evoluir” pode está armando contra si mesmo uma grande cilada, uma espécie de camisa de força onde suas energias, suas potencias encontram-se aprisionadas impedindo-o de fato a atingir metas de concretas superações.

Se o seu objetivo é o preservar-se, esse corre o risco de experimentar terrível aniquilamento já que vê em seus instintos forças que se lhe opõe, quando são, ao contrário do que crê, vontade de poder, de crescimento. Mas se o que quer é auto-superar-se, se objetiva maior *potencia* sem que para isso *aniquile* os demais, então pode, de fato, está criando. Em todo o caso, o *ideal* de imortalidade, jamais foi abolido. No mesmo mês em que a BBC *Knowledge* publica sobre o tema da biologia sintética, a revista *superinteressante* afirma: “Você pode ser imortal”.

A ciência está trabalhando para que ninguém mais morra. Para isso ela já

trabalha no desenvolvimento dos seguintes artefatos: a) *injeções de telomerase* – substância que manteriam íntegros os cromossomos de nossas células no processo de divisão celular; b) *células-troncos* – células que podem recuperar tecidos danificados e fazer o trabalho de outras que tenha morrido ou sofrido danos; c) *fome em pílulas* – para alguns pesquisadores a restrição calórica faz com que o corpo entre em alerta e induzem a proteção do corpo; d) *órgãos artificiais* – tratam-se de peças sobressalentes, ou seja, se algum órgão der defeito, bastará criar um novo. Aqui o procedimento consiste em retirar células do paciente e cultivá-las em laboratório para criar outro órgão artificial; e) *nanorrobôs* – seriam os faxineiros do corpo. Consiste num exercito de robôs-médicos, do tamanho de células que arrumariam os defeitos, limparia artérias e destruiria vírus e bactérias e tumores, antes que nosso corpo sofresse algum dano.

Com esse arsenal em produção, estamos a caminho para a imortalidade do corpo e da mente. Será o fim de uma das maiores buscas do homem. É a primeira era de um novo mundo – no qual a morte deixará de cumprir seu papel. Aí vencer a morte terá sido só a primeira etapa. A imortalidade trará mudanças profundas na forma pela qual nos relacionamos com a família, com o trabalho e até com nós mesmos. Hoje a longevidade da população já é um dos maiores problemas do planeta em termos de espaço, empregos e previdência – a população de centenários deve chegar a 2,2 milhões em 2050 (eram 145 mil em 1999). E isso se a imortalidade não chegar antes. Portanto, prepare-se para uma vida completamente diferente. Mas não se preocupe por enquanto – você terá séculos para se acostumar com ela (CINQUEPALMI, João Vitor, GIANORDOLI, Gabriel, SAN, Índio. **Você pode ser imortal**. Revista Superinteressante, fevereiro de 2010, p. 51).

Indiscutivelmente, hoje se reconhece a importância que tem o conhecimento sobre a origem das doenças para o estabelecimento do modo correto de se proteger das mesmas e de como curá-las. Graças a esses conhecimentos é que milhares de vidas já foram salvas da dor, do sofrimento e da morte. O avanço tecnológico no campo médico somando-se à incorporação de novos saberes tem possibilitado que a vida humana estenda-se por mais dias e anos. Daí ser possível a afirmação de que sua importância está no fato de que ele, *o conhecimento médico*, é “útil” porque prolonga a existência do homem, além do que torna sua vida mais suportável.

Mas, também, não é possível ignorarmos que esse mesmo conhecimento resultou igualmente no estabelecimento de um mundo que lhe é próprio, dado a

linguagem que lhe é específica. Um mundo único em relação a outros. Um lugar a partir do qual foram estabelecidos conceitos e nomes de coisas com significados de verdades eternas, de modo que aqueles que o criaram adquiriram um orgulho com o qual se erguem acima dos demais homens. Um mundo criado com certas exigências morais e estéticas, onde são cultivados hábitos cheios de significados, de lógicas, de inclinações, estranhamente terríveis.

## 8.2 – A VIDA QUE RESISTE

Vale lembrar que nossos atos são, em sua maioria, voluntários, mas, os sentimentos não. Podemos até nos comprometer em adotar comportamentos, mas não em sentir desejos e nem inclinações que podem levar-nos a adoecer. É certo, todavia, que movidos pelos sentimentos somos capazes de adotarmos condutas contraditórias, que se excluem, por isso dizemos que o homem é ambiguidade. É até possível, e não é raro, que mantenhamos alguns de nossos comportamentos sem sentimento algum só para não contrariarmos aqueles que dependem de nossas promessas. Não ignoramos os sentimentos, nenhum deles. Podem até ser considerados imorais, sujos, ilícitos. Nem sequer deles nos envergonhamos. Agora, o que nos atormenta, nos condena ou nos causa desconforto é que alguém nos atribua tais sentimentos.

Em todos os casos mencionados, os exemplos refletem a vontade de autoconservação: o que os indivíduos querem para si é o prazer e afastar o desprazer, por isso é possível a afirmação de que ele faz o que *lhe parece* bom (útil). O prazer surge assim como premiação do esforço, como um sinalizador de que o homem *obteve algo-a-mais*. Inversamente, a dor sinaliza a inutilidade ou nocividade de uma prática. Essa associação realizada pelo homem o orienta em suas escolhas. Mas, qual o sentido do prêmio? Da gratidão? É o encorajamento! Para que aquelas ações “premiadas” sejam adotadas pelo coletivo, e desse modo, tornem-se cultivadas por todos.

A tarefa dada aos profissionais de saúde, dado sua proximidade com as pessoas, é fazê-las acreditar nas verdades por eles elaboradas, de modo que essas

sigam rotas que, afirmam os achados científicos, conduzem à saúde perfeita, à uma vida longa. Para isso, os profissionais de saúde são convocados a exercerem o papel de educador, de modo a persuadir os indivíduos que qualquer desvio da rota estabelecida para se atingir uma boa saúde resulta em sofrimento e/ou dor. Uma vez internalizadas essas demonstrações teremos indivíduos considerados obedientes, sábios, inteligentes, racionais.

Mas, a liberdade consiste em optar pela verdade? Ou livrar-se de coesões? A verdade não pode ser um modo de coagir as pessoas? O mundo rendeu-se à verdade e comprometeu sua liberdade. Qual a crença que predomina? De que a verdade é benéfica, de que nos traz felicidade, de que nos é útil. Fomos assim educados a venerá-la, treinados a cultivá-la, a buscá-la e a fazer dela um bem e, desse modo, nos tornamos seus cativos. Tomamos por verdadeiro o que nos convém. Entretanto, os instintos não podem ser eliminados, são intrínsecos ao biológico, à natureza. Até quando o humano persistirá? Talvez na expectativa de que num futuro, não muito distante, o sintético domestique completamente o orgânico, o *ideal ascético médico de negação da vida* triunfe. Se chegarmos ali, a vida, possivelmente torne-se definitivamente doente.

Para finalizar quero dizer que minhas tentativas de experimentar o pensamento no campo da educação, com os elementos que trago na bagagem confeccionada na área da saúde, foi e é tremendamente desafiador. Não se trata igualmente da fundação de uma moral individual, nem o me afastar de algum mal. Talvez, sim, a manifestação de meu desejo sincero de fazer, no mínimo, *alguma* provocação, o de manifestar minhas exigências pessoais de perseguir a “mentira” e o de encontrar nela alguma “verdade”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### OBRAS DE NIETZSCHE

NIETZSCHE, *Friedrich*. **Ecce Homo: como alguém se torna o que é;** *tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza*. – São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 157p.

\_\_\_\_\_. **A gaia ciência;** *tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza*. – São Paulo: Companhia das Letras, 2005a. 364p.

\_\_\_\_\_. **Obras incompletas;** *seleção de textos de Gerard Lebrun; tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho; posfácio de Antônio Cândido – 3. ed.* – São Paulo: Abril Cultural, 1983. – (Os pensadores), 428p.

\_\_\_\_\_. **Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém;** *tradução de Mário da Silva* –. 14<sup>a</sup> ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005b. 384p.

\_\_\_\_\_. **O Anticristo: Maldição ao cristianismo e Ditirambos de Dionísio;** *tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza*. – São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 174p.

\_\_\_\_\_. **Genealogia da Moral: uma polêmica;** *tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza*. – São Paulo: Companhia das Letras, 2006a. 182p.

\_\_\_\_\_. **A vontade de poder;** *tradução do original alemão e notas Marcos Sinésio Pereira Fernandes, Francisco José Dias de Moraes; apresentação Gilvan Fogel*. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2008. 514p.

\_\_\_\_\_. **Humano, demasiado humano II: um livro para espíritos livres;** *tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza*. – São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 352p.

\_\_\_\_\_. **Crepúsculo dos ídolos, ou, Como se filosofa com o martelo;** *tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza*. – São

Paulo: Companhia das Letras, 2006b. 160p.

\_\_\_\_\_. **Além do bem e do mal: prelúdio de uma filosofia do futuro**; tradução de Mário Ferreira dos Santos. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 216p.

\_\_\_\_\_. **Aurora: reflexões sobre os preconceitos morais**; tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. – São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 334p.

\_\_\_\_\_. **O livro do filósofo**; tradução por Rubens Eduardo Ferreira Frias; revisado por Maria Ofélia da Costa. – São Paulo: Editora Moraes Ltda, 1987. 123p.

## OBRAS DE FOUCAULT

FOUCAULT, *Michel*. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Mota; tradução Elisa Monteiro. – 2.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 376p. (Ditos e escritos II)

\_\_\_\_\_. **Le courage de la vérité – Le gouvernement de soi et des autres II**. Cours au Collège de France (1983-1984); *Édition établie sous la direction de François Ewald et Alessandro Fontana, par Frédéric Gros*. - Paris: Gallimard – Le Seuil (“Hautes Études”), 2009. 356p.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**; tradução Maria Ermantina Galvão. 3. Ed - São Paulo: Martins Fontes, 2002. 397p.

\_\_\_\_\_. **Dits et écrits, 1976-1988**; ed. por D. Defert & F. Ewald, colab. J. Lagrange, Paris, Quarto Gallimard, 2001. 1736p.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**; tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 13ª Edição - São Paulo: Edições Loyola, 2006. 80p.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**; organização, introdução e

*revisão técnica de Roberto Machado*. 13ª edição. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998. 319p.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**. Curso dado no Collège de France (1977-1978); edição estabelecida por Michel Senellart sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão de tradução Claudia *Berliner*. - São Paulo: Martins Fontes, 2008b. 592p (Coleção tópicos)

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir – Nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhe. 29ª edição. – Petrópolis: Vozes, 2004. 288p.

\_\_\_\_\_. **O Uso dos prazeres – História da Sexualidade II**; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 11ª edição. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b. 238p.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**; tradução de Roberto Machado. – 6. Ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. 234p.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**; tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Moraes, supervisão final do texto Léa Porto de Abreu Novaes.. et al. J. – 3. Ed. – Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 160p.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974); edição estabelecida por Jacques Lagrande, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão técnica Salma Tannus Muchail, Márcio Alves da Fonseca. - São Paulo: Martins Fontes, 2006b. 517p.

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito: curso no Collège de France (1981-1982)**; edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; tradução Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. - São Paulo: Martins Fontes, 2004c. 702p.

\_\_\_\_\_. **A vontade de saber – História da Sexualidade I**; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 16ª edição. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005. 155p.

## OUTRAS OBRAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**; *tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti* –. 5ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1224p.
- ADAMS, John. *Risco*; *tradução de Lenita Rimoli Esteves*. – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2009. 288p.
- AGLETON, Peter. Educando sobre Aids: uma perspectiva global. In: **AIDS e Escola: Reflexões e propostas do EDUCAIDS**. Teresinha Pinto, Izabel da Silva Telles (Organizadores). – 2. ed. – São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000. 176p.
- ARAÚJO JR., Anastácio Borges de. Sócrates, o corpo, a morte e a tarefa do pensamento: um estudo do Fédon de Platão. In: **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas**. Miriam Campolina Diniz Peixoto (Org.) São Paulo: Edições Loyola, 2009. 232p.
- BARBOSA, Luiza de Marilac Meireles. Glossário de Epidemiologia e Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 4 Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. 528p.
- BAUDRILLARD, Jean. **A Sociedade de Consumo**; *tradução Artur Morão*. – Lisboa: Edições 70, 2007. 215p.
- BECK, Ulrich. **Liberdade ou capitalismo – Ulrich Beck conversa com Johannes Willms**; *tradução Luiz Antônio Oliveira de Araújo*. – São Paulo: Editora UNESP, 2003. 228p.
- BIRMAN, Joel. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 422p.
- BOURDIEU, Pierre. **O que falar quer dizer: a economia das trocas linguísticas**; *tradução de Wanda Anastácio*. – Algés: DIFEL – Difusão Editorial, S. A., 1998. 225p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária e Escola: parceiros na construção da cidadania**. Agência Nacional de

Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2008a. 120p.

\_\_\_\_\_. Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior. **Roteiro para a classificação de livros: Avaliação dos Programas de Pós-Graduação aprovada na 111ª Reunião do CTC de 02 de 24 de Agosto de 2009.** Disponível em: <[http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Roteiro\\_livros\\_Trienio2007\\_2009.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Roteiro_livros_Trienio2007_2009.pdf)> Acesso em 02/08/2010).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007. Uma análise da Situação de Saúde: Perfil de Mortalidade do Brasileiro.** Brasília, 6 de Novembro de 2008b. 50p.

\_\_\_\_\_. COODENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. **Aconselhamento: um desafio para prática integral de saúde: avaliando as ações.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 60p.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**; tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 308p.

CIORLIA, Luiz Alberto de Souza, GODOY, Moacir Fernandes. **Fatores de Risco Cardiovascular e Mortalidade. Seguimento em Longo Prazo (até 20 anos) em Programa Preventivo Realizado pela Medicina Ocupacional.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* - Volume 85, Nº 1, Julho 2005. p.20-25. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/abc/v85n1/a05v85n1.pdf>>. Acesso em 02/08/2010.

COURTINE, Jean-Jacques. História e antropologia culturais da deformidade. In: **História do Corpo: As mutações do olhar: o século XX**; sob a direção de Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello; tradução e revisão Ephraim Ferreira Alves – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 616p.

DELEUZE, Gilles. **Nietzsche e a Filosofia**; tradução de Antônio M. Magalhães. 2ª Edição. – Porto: RÉS-EDITORIA, 2001. 295p.

\_\_\_\_\_. **Foucault**; tradução Claudia Sant'Anna Martins; revisão da tradução Renato Ribeiro – São Paulo: Brasiliense, 2005. 144p.

\_\_\_\_\_. **Proust e os signos**; tradução de Antonio Piquet e Roberto Machado. 2ª Edição. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

175p.

- \_\_\_\_\_. **Conversações**; tradução de Peter Pál Pelbart. 5ª Edição. – São Paulo: Ed. 34, 2006b. 232p. (Coleção TRANS)
- DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 2**; tradução de Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. – São Paulo: Ed. 34, 2005. 112p. (Coleção TRANS)
- DOSTOIÉSVKI, Fiódor. **Memórias do subsolo**; tradução, prefácio e notas de Boris Schnaiderman – São Paulo: Ed. 34, 2000. 152p. (Coleção LESTE)
- FLETCHER, R. H., FLETCHER, S. W., WAGENER, E. H. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 271p.
- FOGEL, Gilvan. **Conhecer é criar: um ensaio a partir de F. Nietzsche**. – São Paulo: Discurso Editorial; Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2003. 228p. – (Sendas e Veredas).
- FREZZATTI JUNIOR, Wilson Antonio. **A fisiologia de Nietzsche: a superação da dualidade cultura/biologia**. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2006. 312p. – (Coleção Nietzsche em Perspectiva).
- GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**; tradução de Antônio Luz Costa. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 176p.
- GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. **Nietzsche & Para além de bem e mal**. – 2. ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005. 78p.
- GUIMARÃES, André Sathler. **O corpo expandido**. Filosofia – Ciência & Vida, Ano III, nº 28, Ano 2008. 84p.
- IGLESIAS, Roberto, JHA, Prabhat, PINTO, Márcia, COSTA E SILVA, Vera Lúcia, GODINHO, Joana. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Documento de Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP). Washington: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial, 2007. Disponível em: <  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>> Acesso em 02/08/2010.
- JAEGER, Werner Wilhelm. **Paidéia: a formação do homem grego**; tradução Artur M. Pereira; adaptação do texto para a edição brasileira

*Mônica Stahel; revisão do texto grego Gilson César Cardoso de Souza.*  
– 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2003. 1420p.

JARA, José. **Nietzsche, un pensador póstumo; el cuerpo como centro de gravedad** – Rubi: Barcelona – Anthropos Editorial; Valparaíso: Universidad de Valparaíso, 1998. 360p.

JENKINS, David Fraser. **Construindo uma saúde melhor: um guia para a mudança de comportamento; tradução Ananyr Porto Fajardo.** – Porto Alegre: Artmed, 2007. 348p.

MACHADO, Roberto. **Nietzsche e a Verdade.** 2. Ed. – São Paulo: Paz e Terra, 2002. 111p.

MORAIS, Karina Lucia Fabrini de. A relação corpo-alma no *Timeu* de Platão  
In: **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas.** Miriam Campolina Diniz Peixoto (Org.) São Paulo: Edições Loyola, 2009. 232p.

MOURA, Carlos Alberto Ribeiro de. **Nietzsche: civilização e cultura.** – São Paulo: Martins Fontes, 2005. 290p.

NIIMI, Reiko. Apresentação. In: **AIDS e Escola: Reflexões e propostas do EDUCAIDS.** Teresinha Pinto, Izabel da Silva Telles (Organizadores). – 2. ed. – São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000. 176p.

NOTKINS, Abner Louis. **De olho na Prevenção.** *Scientific American* 2007, Ano 5, N° 59, Abril, p. 38-45.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Guia para a boa prescrição médica; tradução Cláudia Buchweitz** – Porto Alegre: Artmed, 1998. 128p.

ORY, Pascal. O corpo ordinário. In: **História do Corpo: As mutações do olhar: o século XX; sob a direção de Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello; tradução e revisão Ephraim Ferreira Alves** – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 616p.

ORTEGA, Francisco. Da ascese à bio-ascese ou do corpo submetido à submissão ao corpo. In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas** – Margareth Rago, Luiz B. Lacerda Orlandi, Alfredo Veiga-Neto (Orgs.) 2. ed. – Rio de Janeiro: DP&A, 2005. 360p..

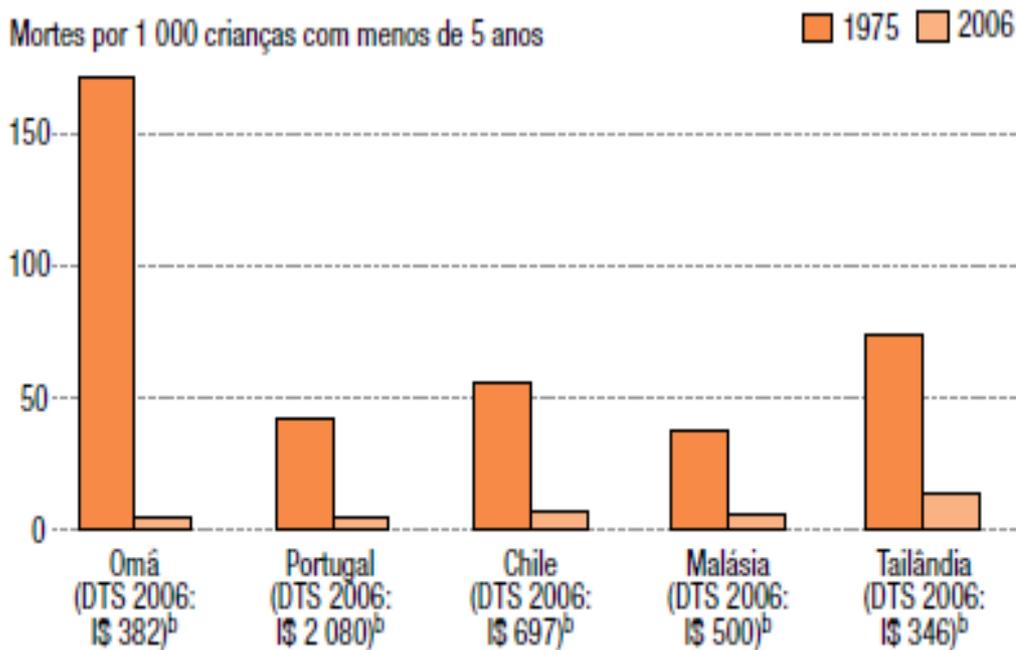
- PELBART, Peter Pál. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. – São Paulo: Iluminaras, 2009. 254p
- PEREIRA JR., *Alfredo*. **A publicação científica na atualidade**. *Jornal Vascular Brasileiro* 2007; 6(4):307-308. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n4/v6n4a02.pdf>>. Acesso em 06/07/2010.
- PÉRES, Denise Siqueira, DOS SANTOS, Manoel Antônio, ZANETTI, Maria Lúcia, FERRONATO, Antônio Augusto. **Dificuldades dos Pacientes Diabéticos para o Controle da Doença: Sentimentos e Comportamentos**. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6). Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 14 de junho de 2010.
- PLATÃO. **Diálogos**; seleção de textos de José Américo Motta Pessanha; tradução e notas de José Cavalcante de Souza, Jorge Paleikat e João Cruz Costa. – 5. ed. – São Paulo: Nova Cultural, 1991. – (Os pensadores), 266p.
- \_\_\_\_\_. **A República**; tradução de Enrico Corvisieri. – São Paulo: Nova Cultural, 2000. – (Os pensadores), 352p.
- \_\_\_\_\_. **Diálogos II: Górgias (ou da retórica), Eutidemo (ou da disputa), Hípias maior (ou do belo), Hípias menor (ou do falso)**; *tradução, textos complementares e notas Edson Bini*. – Bauru, SP: EDIPRO, 2007 (Clássicos Edipro), 296p.
- \_\_\_\_\_. **As Leis, ou da legislação e epinomis**; tradução Edson Bini. – Bauru, São Paulo: EDIPRO, 1º Edição, 1999. 544p.
- RANCIÈRE, Jacques. **O mestre ignorante: cinco lições sobre a emancipação intelectual**; tradução de Lílian do Valle – 2 ed. – 1ª reimpressão. – Belo Horizonte: Autêntica, 2007. 192p.
- REALE, Giovanni. **História da Filosofia Grega e Romana – Vol, III: Platão**; tradução Henrique Cláudio Lima Vaz e Marcelo Perine. – Nova edição corrigida – São Paulo: EDIÇÕES LOYOLA, 2007. 314p.
- ROCHA, Silva Pimenta Velloso. **Os abismos da suspeita: Nietzsche e o perspectivismo**. – Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003. 184p.
- ROUANET, Sergio Paulo. O homem-máquina hoje. In: **O homem-máquina**:

- a ciência manipula o corpo**; organizador Aauto Novaes. – São Paulo: Companhia das Letras, 2003. 376p.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: **Epidemiologia & Saúde**; organizador M. Zélia Rouquayrol – 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 540p.
- SIBILIA, Paula. **O Homem Pós-Orgânico: Corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. – Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. 228p (Conexões; 17).
- SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Unimarco ed., Edições Loyola, 1996. 408p.
- SOUZA, Mauro Araujo de. **Nietzsche asceta** – Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. – 376p. – (Coleção Nietzsche em perspectiva).
- SUSIN, Luiz Carlos. “Pensar” a morte. In: **Finitude e transcendência**. Luis A. De Boni (org.). – Petrópolis, RJ: Vozes; Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1995. 814p.
- VAZ, Paulo. **Corpo e Risco**. Forum Media, Viseu, 1999; 1 (1): 101-111.
- \_\_\_\_\_. **Um corpo com futuro**. In: PACHECO, *Anelise*; COCCO, *Giuseppe*; VAZ, *Paulo*. (Org.). *O trabalho da multidão*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002; 1: 121-146.
- WATERS, Lindsay. **Inimigos da esperança: publicar, perecer e o eclipse da erudição**; tradução *Luiz Henrique de Araújo Dutra*. – São Paulo: Editora da UNESP, 2006. 96p.
- WELLINGS, Kaye; COLLUMBIEN, *Martine*; SLAYMAKER, *Emma*; SINGH, *Susheela*; HODGES, *Zoé*; PATEL, *Dhaval* and BAJOS, *Nathalie*. **Sexual behaviour in context: a global perspective**. *The Lancet* 2006; 368, November 11, 1706-28.

## ANEXOS

### ANEXO 1

**Figura 1.1** Países seleccionados como os que tiveram uma melhor *performance* na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade em, pelo menos, 80%, por regiões, 1975-2006<sup>a,\*</sup>



<sup>a</sup> Nenhum país da Região Africana alcançou uma redução de 80%

<sup>b</sup> Despesa total em saúde (DTS) *per capita* em 2006, dólar internacional (US\$)

\* Os dólares internacionais derivam da divisão das unidades de moeda local por uma estimativa da paridade do seu poder de compra, comparando com o dólar americano.

Fonte: OMS (Organização Mundial da Saúde). **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados Primários de Saúde – Agora mais do que nunca.** 2009. p. 2. Disponível em: [http://www.who.int/entity/eportuguese/publications/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/entity/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf) acesso em 25/07/2010.

## ANEXO 2

O “termostato” do risco. Extraído de ADAMS, 2009, p. 49.

