

Universidade Federal do Rio de Janeiro

A Doença na molécula:
Olhar e cuidado com o corpo na sociedade contemporânea

César Pessoa Pimentel

Rio de Janeiro
2008

César Pessoa Pimentel

A doença na molécula :
Olhar e cuidado com o corpo na sociedade contemporânea

Tese de doutorado apresentada ao Programa de psicossociologia de comunidades e ecologia social (EICOS), Instituto de psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de doutor em psicossociologia de comunidades e ecologia social

Orientador(a) : Fernanda Bruno

Rio de Janeiro

2008

Pimentel, César Pessoa

A doença na molécula: olhar e cuidado com o corpo na sociedade contemporânea/ César Pessoa Pimentel. Rio de Janeiro, 2008.

Tese (doutorado em psicossociologia de comunidades e ecologia social)-Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia, 148 f

1988.

Orientador (a): Fernanda Glória Bruno.

1- Cultura, produção de conhecimento e de subjetividade. 2- Construção psicossocial de saberes e subjetividade. 3- Psicossociologia

I- Fernanda Glória Bruno (orientadora). II- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa EICOS. III- A doença na molécula: olhar e cuidado com o corpo na sociedade contemporânea

César Pessoa Pimentel

A Doença na Molécula: olhar e cuidado com o corpo na sociedade contemporânea

Fernanda Bruno (orientadora); Doutora; Programa EICOS/ Escola de comunicação- UFRJ

Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro; Doutora; Programa EICOS, UFRJ

Paulo Roberto Gibaldi Vaz; Pós-doutor; Escola de comunicação; UFRJ

Jonatas Ferreira; Doutor; Faculdade de ciências sociais; UFPE

Márcia Ramos Aran; Doutora, Instituto de medicina Social; UERJ

Maurício Lissovsky (suplente); Pós-doutor, Escola de comunicação; UFRJ

Maria Cecília de Mello e Souza (suplente); Doutora; Programa EICOS; UFRJ

Agradecimentos

A Capes pelo apoio financeiro, fundamental à pesquisa aqui realizada

À minha orientadora, Prof. Fernanda Bruno, com quem eu tive a honra de conviver em tantos momentos diferentes. Certamente, sem o seu brilhantismo, dedicação e amizade muito pouco teria sido feito.

Aos professores do Programa Eicos e alunos da turma de 2004, especialmente às professoras Ana Szapiro e Maria Cecília Mello e Souza.

Aos professores do Instituto de Medicina Social, onde cursei algumas disciplinas como ouvinte. Um agradecimento especial à professora Márcia Áran.

Aos colegas e amigos do Serviço social, brilhantes em suas ocupações e, seguindo inclinações teóricas completamente diferente das minhas, me lembraram do valor dos clássicos.

À Professora Ana Lila Lerrajaga, tão importante para a minha formação e de forma absolutamente singular.

Um agradecimento especial às amigas queridas e de longo tempo, Lia Cecília Bentolina, Rosane e Elaine Machado. Agradeço também a Ana Lúcia Weinstein pela leitura atenciosa do segundo capítulo.

Aos meus pais e minha irmã querida por tudo.

Por último, mas não menos importante, três nomes não poderiam deixar de ser mencionados. Primeiramente, o do professor Paulo Vaz, cujas referências feitas na tese não poderiam fazer jus ao peso real que seu pensamento sobre ela exerceu. Em segundo, o da professora Rosa Pedro e o do professor Jonatas Ferreira, cujo texto sobre bio-poder, bem como as discussões iniciadas por ocasião do Seminário Clínica e pós-modernidade, foram essenciais para as argumentações.

RESUMO

A tese aborda o vínculo entre sujeito e adoecimento estabelecido a partir de práticas biomédicas, cuja característica distintiva é a atuação diagnóstica e terapêutica no plano da molécula e do gene. Estas práticas trazem como diferença fundamental a inclusão de transtornos comuns, como diabetes e hipertensão, sob uma perspectiva molecular, onde, ao invés de lesões ou mal funcionamentos, trata-se de mapear suscetibilidades. O problema aqui analisado é a indistinção entre enfermidade e saúde, a crise que se passa nos limites entre normal e patológico, tendo em vista que grande parte dessas intervenções pretende ser feita na ausência de sintomas, dor e sofrimento. Para analisar tal crise, lançamos mão da categoria de visibilidade, assinalando a pertinência que o olhar detém, desde a era moderna, para configuração do universo subjetivo. Considerando que para cuidar do corpo, foram desenvolvidas reformas no espaço institucional a fim de dotá-lo de plena visibilidade, argumenta-se que a crise do normal e patológico está ligada a outras formas de iluminar o sofrimento. Enquanto a era moderna deteve-se na separação entre interiores e exteriores, sejam estes institucionais ou orgânicos, a atualidade promove uma visibilidade na qual o espaço perde sua especificidade e o tempo a recebe. Em suma, o cuidado com o corpo passa a ser estimulado sem lugar definido e de forma cada vez mais precoce, configurando um tipo de subjetividade não tanto voltada para si mesmo, mas intensamente conectada a informações através das quais probabilidades de adoecimento podem ser estimadas.

ABSTRACT

The thesis is on the relationship between the subject and the illness established from bio-medical practices, which distinctive characteristic is the diagnostic and therapeutic performance on the molecule and the gene. These practices bring as fundamental difference the inclusion of ordinary disturbs, such as diabetes and high blood pressure, under a molecular perspective, where, instead of lesions or minor diseases, probabilities are scanned. The issue analyzed here is the indistinction between health and disease, the crisis that goes through the boundaries between the normal and the pathologic, considering that most of these interventions intends to be made in the absence of symptoms, pain and suffering. In order to analyze such crisis, we take advantage of the visibility, highlighting the importance that the look holds since modern age, in order to configure the subjective universe. Considering that in order to take care of the body, reconstructions on the institutional space have been developed aiming to provide complete visibility, we discuss the tension between the normal and the pathologic as related to other ways of decreasing pain. While the modern times focused on the separation between interiors and exteriors, institutional or organic ones, the present times focus on a visibility in which the space loses its specificity and time gains it. Bottom line, body care starts to be stimulated without a definite place sooner and sooner, configuring a kind of subjectivity not so focused on itself, but intensely connected to information through what the probabilities of illness can be estimated.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Capítulo I.....	23
O Regime de visibilidade moderno: divisão e fechamento.....	23
1.1 Indivíduo e racionalidade moderna	26
1.2 Olhar e sofrimento	32
1.3 Olhar e bio-poder	36
1.4 Vigilância e organização do olhar e do espaço	42
Capítulo II	52
Regime de visibilidade atual: Espaço liso e campo de possibilidade	52
2.1 Interface e deslizamento	55
2.2 Espaço liso e campo de possibilidade	60
2.3 O tempo da biopolítica moderna	66
2.4 Dissecando o tempo	71
2.5 Alcance e limite do olhar contemporâneo	77
Capítulo III	81
Os desdobramentos subjetivos do olhar	81
3.1 Medicina e governo de si	83
3.2 Desvelar a profundidade orgânica	88
3.3 Do espaço de degradação ao erro de informação	91
3.4 Risco e suscetibilidade	95
3.5 A subjetividade na conexão...	100
3.6 ...E na predição.	105
Capítulo IV	109
A dor na molécula	1099
4.1 A dor como espetáculo	111
4.2 A supressão da dor	115
4.3 Do ser-aparecer ao ser-perecer: a lógica biopolítica	119
4.4 A saúde molecular	125
4.5 Sofrimento contemporâneo	131
CONCLUSÃO	140
BIBLIOGRAFIA	144

INTRODUÇÃO

Há aproximadamente 60 anos, o filósofo Georges Canguilhem (1995) munia-se de pesquisas neurológicas e psiquiátricas de seu tempo para criticar uma definição de saúde estritamente ligada à mensuração de constantes fisiológicas. Recorre, então, a uma proposição do médico Leriche: “a saúde é... a vida no silêncio dos órgãos” (p. 67). Tratava-se de questionar uma definição mais ligada ao experimento do que a clínica, retomando as raízes cotidianas do pensamento médico. Dizer que a saúde corresponde a um silêncio é o mesmo que dizer que a dor articula consciência racional e vida, despertando a consciência do corpo. Introduzindo tal experiência subjetiva, o sentido da audição é destacado pela equiparação entre doença e ruído. Mas não é negado que o aparato sensorial contribui de várias maneiras, especialmente, com a visão. A medicina, nascendo da experiência da dor e querendo dominá-la, *faz ver*: classifica, realiza diagnósticos, observa e torna o corpo visível através de métodos anatômicos e experimentais. E, seguindo essa lógica, a visibilidade é realçada naqueles corpos que estão adoecidos, tendo em vista que a doença nos faz perceber o corpo.

Entre a data dessa definição e nossa atualidade, as ciências da vida foram profundamente modificadas. As implicações para a medicina não foram poucas, sobretudo, no tocante à definição de saúde e patologia. Canguilhem foi capaz de notar esses abalos ao voltar ao tema do patológico, abordando os desenvolvimentos da genética¹. A biologia e a genética já não eram as mesmas, modeladas segundo o vocabulário da teoria da informação; não somente seus conceitos foram modificados, mas a escala de atuação do diagnóstico e tratamento médica não é mais aquela dos órgãos e tecidos ou células, situada

¹ Referimo-nos aqui ao texto “Novas reflexões referentes ao normal e o patológico”, editado vinte anos depois de “Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico”. Na edição brasileira, ambos os textos aparecem, compilados em um único volume intitulado “O Normal e o patológico” (CANGUILHEM, 1995)

agora em uma zona de indistinção entre orgânico e inorgânico. Compreendida sob a luz da teoria da informação, a patologia é reconfigurada; enquanto as formas mais tradicionais de compreensão da doença apelavam para o desequilíbrio intra-orgânico ou para a intervenção de um agente exterior sobre o corpo, a biologia molecular nos fala de erros de transcrição. Sua singularidade foi remontada por Canguilhem a um esvaziamento da afetividade em relação à dor e ao sofrimento; de algum modo, o autor nos alerta, entender a doença como erro dissolve a idéia de combate e de cura. Não haveria, assim, exatamente um mal a ser banido pela técnica médica, mas somente uma espécie de mal entendido que cabe apenas reconhecer.

Tal constatação parece bastante pertinente ao momento inicial da biologia molecular, dominado por um determinismo que atribui a unidade do desenvolvimento do ser vivo ao domínio genético (FOX-KELLER, 2002; ROSE, 2007). Porém, as pesquisas iniciadas por volta de 1980 sob a rubrica de genômica, prevêem objetivos mais ambiciosos: não somente a relação do gene com um traço físico, comportamento ou aptidão, mas entender as interações entre diversos genes, em relação entre si e com outros fatores extra-celulares. As práticas médicas, que neste saber se apóiam, não deixam de tratar de organismos, órgãos, tecidos e células, porém procuram enviá-los a uma escala infra-individual: a da molécula. Interessante notar como as formas de visualizar o corpo avançam em uma diferente escala de compreensão e intervenção tecnológica e ao mesmo tempo informam sobre um modo de funcionamento biológico. Como frisa Rose (2007), molecular é a escala da doença e também um modo de ação vital, onde o gene perdeu sua força determinista e os saberes que dele se acercam abrem-se para indeterminação e incerteza. Trata-se de estipular as propensões que cada indivíduo porta para o desenvolvimento de uma série de transtornos. Ao invés de se afirmar do terreno raro das doenças monogénéticas, a genômica alarga o campo de intervenções médicas, aplicando-se em condições mórbidas comuns, como

hipertensão, doença coronariana e diabetes. O preço da expansão é pago com uma menor exatidão: diagnosticar um risco genético não significa dizer quando e como um transtorno irá se desenvolver, ou mesmo assegurar que irá se desenvolver.

Naturalmente, o que hoje se presencia não corresponde a uma morte do determinismo genético, mas à expansão de diversas pesquisas, como biologia sintética, proteômica e genômica funcional. Guardando como singularidade o fato de estarem a meio caminho entre o patrimônio hereditário e as formas orgânicas, esses campos tratam de processos que envolvem não somente os genes, mas proteínas e mecanismos de regulação genética extracelulares. A questão é deslocada: não tanto onde está o gene, mas como pode funcionar em uma rede intrincada de relações.

Estamos ingressos na era da suscetibilidade genética, onde a visão molecular começa a criar embaraços consideráveis à definição de saúde como silêncio dos órgãos. É notável como as intervenções em escala molecular pretendem se dar na ausência de sintomas, pois se trata de munir os indivíduos com o máximo de informação sobre seu futuro de forma que a biologia não implique destino e sim escolhas. Nesse sentido, o corpo silencioso pode estar, pelo menos em termos probabilísticos, adoecido. A saúde, por outro lado, excede uma ausência de doenças, aproximando-se de um estado aprimorado ou de um prolongamento do prazo de vida. Portanto, os modos de visualizar a doença na molécula trazem questões sobre o cuidado com o corpo, sobre o que podemos fazer de nós como entes biológicos.

É dessa visibilidade da doença e suas implicações para as fronteiras entre normalidade e patologia que pretendemos tratar nesse trabalho. Quando a doença é dada na ordem do possível, de que forma cuidamos do corpo? Quais vetores históricos tornam importante um olhar sobre doenças apenas prováveis, que podem jamais se desenvolver? Em que consiste a saúde quando os limites entre estar são e estar enfermo não são muito claros? Essas são

questões que balizam nossa análise. Pretendemos fazê-la a partir do estudo dos modos de visualização do corpo, mais particularmente daqueles que vem sendo empregados desde a era moderna no campo médico.

No campo das ciências humanas, a perplexidade em face da conversão da vida em código tem gerado análises dedicadas a explorar as relações entre cuidado com o corpo e a visibilidade biomédica. Nestas se destacam a referência à cultura do espetáculo, como eixo teórico e crítico a partir do qual tais análises se movem. Na cultura do espetáculo, *o que somos e o que aparentamos ser* estariam se mesclando a ponto de se tornarem um único elemento. Seguindo essa linha argumentativa, Davi Le Breton (2003) faz severas críticas à redução do corpo a um conjunto de informações genéticas. A medicina mais do que tratar do sofrimento estaria se deixando conduzir por um fascínio pelos códigos e imagens. A construção dessa visibilidade torna o corpo real perecível cada vez mais afastado do horizonte das preocupações terapêuticas. A medicina apoiada na biologia molecular, na verdade, é uma remoção da clínica, que acolhe a prevenção como única forma de tratamento.

Ortega (2005), um pouco mais otimista, reconhece o valor diagnóstico e terapêutico desse olhar sobre o corpo, mas o questiona pela fragmentação que impõe ao organismo. Nesse fracionamento ressoa a obsessão da cultura contemporânea pela imagem, cuja aposta, no caso da medicina, é a liberação da existência humana dos desígnios biológicos. Outros insistirão sobre os efeitos perniciosos da remoção da intimidade, onde o corpo toma lugar da alma, expondo as identidades a uma constante inspeção do olhar alheio. Dizer que o indivíduo corresponde a seu patrimônio genético seria equipará-lo a uma superfície manipulável, na qual todo infortúnio concerne ao indivíduo (COSTA, 2004; SANT'ANNA, 2001). Antes de fortalecer a vitalidade, a ótica molecular nos tornaria seres instáveis, ameaçados pela paixão da imagem da qual nossa cultura padeceria.

Tais análises, apesar de suas divergências, parecem remontar o problema do olhar biomédico a um certo modo de agir sobre o mundo natural, instalado pelas ciências desde o século XVI. Nesse aspecto, Le Breton (op. cit.) é bastante claro: “isolado do homem, o corpo humano torna-se objeto de uma curiosidade que mais nada desarma. Desde Vesálio, a representação médica do corpo não é mais solidária de uma visão simultânea do homem”. (p. 18). A formulação filosófica dessa visibilidade remontaria a Francis Bacon e Descartes, para os quais ver e violentar o mundo natural se conjugam como forma mista de conhecimento e ação. Entretanto, o que talvez se deixe escapar é originalidade adquirida pelo olhar a partir das modificações sociais, técnicas e econômicas introduzidas de forma mais acentuada a partir do século XVIII, às quais autores, como Foucault (1997) referem-se como início da era moderna. Aí estariam envolvidas formas de ação voltadas para a subjetividade e não tanto para o mundo natural que, ao intervir sobre o corpo, tomam-no enquanto sede de hábitos e condutas. Trata-se aqui de uma outra teoria cultural do olhar², onde o tratamento médico dado ao corpo a partir do final do século XVIII é significativamente diferente daquele vigente no período anterior.

A elaboração foucaultiana, com a qual nos alinhamos, aponta claramente descontinuidades entre um regime de visibilidade ligado às ciências naturais do século XVI e XVII e outro próprio à era moderna. Em “O nascimento da clínica”, a descontinuidade é

² Frederic Jameson (1995), descreve três grandes tempos de uma teoria cultural da visão. Uma primeira, em vigor entre 1950 e 1960, concerne à discussão de Sartre sobre olhar e racionalidade. Parte-se da premissa da assimetria do olhar, onde aquele que é olhado tende a se transformar em substância passiva, em “coisa” dominada. No entanto, a visão pode ser subvertida, guardando uma reversibilidade de posições pela qual a emancipação deve passar, ao confeccionar identidades segundo uma iluminação singular. Um segundo momento corresponde ao estreitamento que Foucault produz entre epistemologia e política. Em sua obra os processos políticos passam pela transformação de modos de existência transgressivos e instáveis, como a loucura, a perversão e o crime, em objetos visíveis para uma razão calculadora. A visibilidade se torna uma perene armadilha; no entanto, uma armadilha dotada de uma fundamental produtividade. Olhar não significa mais distorcer um objeto, reduzi-lo, desviá-lo de sua essência: ao contrário a visibilidade torna os seres verdadeiros, individualizados, dotados de identidades. A última elaboração de uma teoria da visão procede da matriz foucaultiana, expandida para o universo midiático e artístico. Abordando a percepção visual alimentada por próteses artificiais, o tema da sobreposição entre simulacro e realidade determinaria a linha investigativa dessa última etapa.

acentuada no plano do conhecimento. O autor mostra como a medicina clínica funciona dentro de um registro perceptivo que absorve a individualidade do corpo e da doença, tornando-se, enfim, reflexivo. A clínica é um saber do homem sobre si mesmo e não sobre a natureza. E a iluminação que dele provém é limitada, pois fundada no limite das formas transitórias que se apresentam à percepção clínica. A clínica é, sobretudo, uma arte, estruturada pelas limitações do sujeito e do objeto; caso ela seja reportada a uma matriz filosófica esta seria a crítica kantiana e não a metafísica da representação de Descartes. Enquanto, o século XVII procedia abstraindo aquilo que a percepção recebe do exterior, o olhar clínico detém-se nas qualidades singulares e nas formas transitórias: “o olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível” (FOUCAULT, 2004, p. xi).

Mais tarde, nos anos 70, o tema da visão é retomado, ainda na obra foucaultiana, dentro de um enquadramento acentuadamente político. “Vigiar e Punir” mostra como o olhar, sob a forma de vigilância, se tornou uma das peças centrais de um aparelho de controle que se dissemina nas minúcias do terreno social. Tal controle não deve ser confundido com violência ou exploração, na medida em que funciona desenvolvendo as capacidades e aptidões dos indivíduos. Vincula-se a um governo do indivíduo e da sociedade que pressupõe liberdades e direitos guarnecidos por um Estado democrático. Como em “Nascimento da clínica”, o olhar moderno inaugura uma reflexividade, um conhecimento do sujeito sobre si, do qual as ciências humanas obtêm impulso para seu desenvolvimento. A visão aqui é uma espécie de circuito político-epistemológico, que além da fisiologia e anatomia dos corpos, se acerca do cotidiano, tomando como objeto de saber a dimensão comum e ordinária da existência humana. Ao reconhecer que a vigilância é arte de saber e poder sobre o comum, Foucault (1997) denomina o espaço geográfico e não somente o somático como um primeiro objeto de investimento das atividades escópicas. O

estudo das instituições disciplinares, de sua arquitetura, do modo como o olhar se estrutura sobre as divisões espaciais, se avoluma aqui.

O sentido de visibilidade que usaremos engloba contribuições das duas obras, designando além do encontro do olhar médico com o corpo, também a organização do espaço geográfico. Estamos próximos daquilo que Cartwright (1995) investiga sob o nome de *modos de visualização*, ou seja, “o modo criado para a decomposição e reconfiguração espaço-temporal dos corpos como campos dinâmicos de ação em vista da regulação e controle” (p. xi). Isso inclui tanto as noções científicas a respeito do biológico quanto às intervenções que regulam seu funcionamento no espaço e no tempo.

Outra noção importante para o presente trabalho é a de bio-poder. Usando esse termo, Foucault (2005a) frisa a pertinência do poder moderno a um regime de funcionamento contrário à concentração e centralidade do poder soberano. Mais do que castigar, trata-se de governar através de incentivos à vitalidade. Como suporte de variáveis biológicas, a população corresponde a um dos primeiros objetos de investimento desse poder que ao invés de propor-se no terreno da morte, sacrifício e punição, organiza-se juridicamente e em práticas espalhadas na sociedade segundo o incremento da saúde, bem-estar e segurança.

Embora o tema da visibilidade não esteja em primeiro plano, Tierney (1998) argumentou que os modos de visualizar a vida e morte modificam-se com o aparecimento do bio-poder. Enquanto, segundo o autor, os séculos XVI e XVII reservavam à dissecação anatômica um caráter ritualístico e espetacular, a anatomia patológica que emerge ao final do século XVIII lhe doou formas mais austeras. Articulando a visibilidade moderna ao bio-poder, torna-se possível avaliar o posicionamento da cultura em relação à dor e à doença. Sua emergência envolve um deslocamento fundamental: não se trata mais de *assistir ao*

suplício como espetáculo, mas de *assistir o sofrimento*³ como objeto científico e político. Trata-se fundamentalmente de diminuí-lo⁴. Operação que para se tornar eficiente, convoca um domínio subjetivo formado segundo desejos, crenças e expectativas de um auto-aprimoramento baseado no cuidado com o corpo.

Cabe ressaltar que os campos da subjetividade e do olhar formam-se em paralelo, sustentando relações contínuas. Essa relação começa pelo corpo, domínio que é funcionalmente e anatomicamente detalhado para que as instituições possam conhecer e intervir sobre a intimidade dos indivíduos. O detalhamento por excelência da sociedade moderna é a distribuição dos hábitos, comportamentos, e mesmo morfologias e fisiologias, em torno da norma. Em outros termos: a cisão fundamental que o poder moderno efetua no plano subjetivo é separar a existência humana entre estados normais e patológicos. Divisão, mas não isolamento ou exílio: o poder produz subjetividade por um jogo de recíproca iluminação que é facultado por pontos de contato entre os domínios. Os estados normais são estudados a partir dos estados alterados; é o patológico que fornece a chave para o entendimento das leis da vida. Se, como se supõe, os normais compartilham da mesma constituição que os desviantes, os primeiros devem prestar atenção aos seus gestos, hábitos e pensamentos. As divisões espaciais das instituições permitem ver mais do que ocultar. E pautados em seus limites claros, de ordem arquitetônica e funcional, os normais podem

³ Estamos usando *dor* e *sofrimento* como termos equivalentes. Outros preferem demarcar um sentido específico para cada termo. Paul Ricoeur, por exemplo, observa que *dor* deveria designar os afetos referentes ao corpo e seus órgãos, enquanto *sofrimento* deveria designar os afetos que se abrem à linguagem, ao sentido, à relação com o outro e ao questionamento (CORBIN, 2008)

⁴ Cabe destacar que os métodos anestésicos não foram imediatamente absorvidos pela medicina clínica. Enquanto os preceitos da clínica moderna foram se moldando a partir do início do século XIX, com o uso da autópsia para a explicação das doenças e com o estreitamento do ensino médico com a instituição hospitalar, a anestesia somente foi implementada por volta de 1856 (FOUCAULT, 2004; SANTÀNNA, 2001). Três fatores costumam ser alegados para a demora na introdução da anestesia nos procedimentos médicos. Em primeiro lugar, a prevalência dos valores cristãos, que preconizam o sofrimento físico como forma de atingir a salvação da alma; em segundo lugar, a importância que a medicina clínica dava à dor e de sua descrição pelo doente no entendimento da doença; por último, cabe citar o influência do vitalismo, corrente do pensamento médico, segundo a qual a dor representaria a manifestação de uma força vital de suma importância para o restabelecimento do paciente (FAURE, 2008).

sentir uma certa paz, por não habitar seu interior, mas também uma certa inquietação por saber que a enfermidade é uma de suas possibilidades de existência. O patológico não é aquilo que, como a natureza de Bacon e Descartes, deve ser torturado para falar a verdade: basta organizar o espaço e os corpos para que suas leis venham à tona.

Esses balizamentos fornecem um quadro inicial para a abordagem das configurações atuais entre subjetividade e adoecimento. De início, permitem notar uma importante modificação com ressonâncias bio-políticas. As instituições encarregadas do bem-estar e, especialmente, da saúde não funcionam mais no quadro do capitalismo oitocentista e dos Estados modernos. Os apelos ao corpo são bastante diferentes; por um lado, o capitalismo investe cada vez mais na ampliação do consumo e incitação ao prazer; por outro, o Estado passa a dar ênfase a intervenções preventivas, pautadas na divulgação de informações e responsabilização dos indivíduos.

Os efeitos sobre o cotidiano são bastante amplos; Bauman (2001) propõe alocá-los sob o que chama de liquefação da modernidade. Enquanto, no século XIX e ainda início do século XX, os padrões sociais que permitiam julgar alguém indivíduo como normal e saudável prolongavam-se além da existência do indivíduo, hoje vivenciamos rupturas em escala muito menor: não mais séculos, mas décadas ou anos. Diante da velocidade de oscilação dos padrões sociais, os indivíduos buscam acompanhá-las aprimorando suas performances físicas e capacidades cognitivas. Não é mais suficiente que estejamos sem doenças, é preciso um padrão corporal otimizado para viver em meio à tamanha instabilidade.

O envio da doença à escala molecular talvez responda a essa demanda. Dirigindo-se de forma precoce à vitalidade, o olhar biomédico pretende apurar seu combate ao patológico, diagnosticando-o antes que apareça. As metas são também otimizadas, envolvendo o prolongamento da vida até idades avançadas. Essa é uma das promessas da medicina

preditiva, que cuida das suscetibilidades ao adoecimento. Por outro lado, a aplicação da genômica aos fármacos, em alguns casos, dá origem às chamadas *smart drugs* que visam mais do que curar doenças, desenvolver capacidades cognitivas além da normalidade (ROSE, 2007).

Nossa hipótese é que tais modificações no conceito de saúde e no cuidado com o corpo envolvem três aspectos da molecularização da vida. Em um primeiro e mais fundamental sentido, há *um aspecto ótico*. Os campos de visibilidade ao se organizarem na escala da molécula, são capazes de destacar uma ameaça potencial à saúde prescindindo de nítidas divisões no corpo ou no território. Na medicina preditiva⁵, a doença provável, embora inscrita no espaço da célula, independe de qualquer manifestação na superfície ou profundidade orgânica. Na dimensão do cuidado, a relação com o adoecimento não obedece mais às divisões institucionais que delimitavam um espaço hospitalar, no qual o doente era isolado temporariamente. O tratamento é aconselhado antes da irrupção do sofrimento e em qualquer dimensão da existência. Há uma nítida modificação das configurações espaço-temporais; ao invés de ver dividindo o espaço, antecipa-se o futuro segundo uma espacialidade destituída de divisões entre dentro e fora. De certa forma, o tempo recebe especificidade e o espaço a perde: o corpo deve ser iluminado o mais cedo possível, não importa onde isso ocorra.

Em segundo lugar, há *um aspecto ético*. Na perspectiva foucauldiana, ética e poder são domínios interligados. As práticas que regulam a vida e o corpo produzem regimes de verdade, no qual o indivíduo se reconhece e é incitado a se tornar responsável por si e pelos outros. Ética, nesse sentido, abarca os procedimentos utilizados para o auto-domínio que,

⁵ A medicina preditiva é uma espécie de prática diretamente beneficiada pelos avanços da genômica e que elege como domínio próprio as suscetibilidades genéticas para determinadas doenças, que todo indivíduo, sem exceção, portaria desde seu nascimento. Há diferenças entre medicina preditiva e preventiva; estas serão esclarecidas no segundo capítulo.

embora incidam sobre o indivíduo, são estabelecidos coletivamente com vistas ao controle de certos setores do corpo ou da alma, variáveis na História, como a sexualidade, a percepção ou a memória. No caso da medicina genômica, *o governo de si* toma forma de previsão de adoecimentos futuros. Estando tais práticas orientadas mais pela estimativa do provável do que pela determinação do futuro, as decisões sobre o que fazer do corpo estão permeadas pela incerteza. Nessas condições, em muitos casos, as autoridades médicas passam a apelar para a decisão dos pacientes e sua boa informação. Antes que isolamento geográfico e divisão do orgânico, a molecularização da doença implica uma mobilidade dos corpos fora do espaço hospitalar, uma conexão perceptiva intensa entre os indivíduos e informações biomédicas apresentadas em uma série de canais de natureza impressa, televisiva ou virtual. Mesmo quando frente à autoridade médica, como no caso do aconselhamento genético, o paciente é convidado a decidir e a se informar, o que pode ser feito em uma série de espaços.

Em terceiro lugar, há um *aspecto biológico*. A molecularização da doença implica novas distinções entre vida e morte, entre saúde e doença. No vigor da anatomia patológica, a compreensão da doença vinha da análise do cadáver, onde a dissecação dos tecidos fornecia a chave para o entendimento da irradiação patológica. Tratava-se de um corpo individualizado, formado por sistemas de órgãos e tecidos. O corpo molecular apresenta-se na ordem informacional dotado de códigos, proteínas, genes que operam como linguagem. Esse conjunto pode ser usado além da recuperação da vitalidade do corpo, criando novas formas de existência: células patenteadas, alimentos transgênicos, animais e órgãos criados artificialmente. De certa forma, a molécula não é um limite, mas um campo de possibilidade. Pautada nessa escala, a saúde não corresponde mais uma recuperação de uma natureza afetada, mas ao desenvolvimento de capacidades cognitivas e performances físicas.

Podemos dizer que a visibilidade atual antes que recobrir e colonizar o biológico, como muitos analistas da cultura do espetáculo opinam, destaca a pluralidade de ações sobre a vida, não mais se inclinando para a divisão entre normalidade e patologia. O preço a pagar nesse deslocamento é a obrigação de decidir sob condições de incerteza a respeito de um domínio biológico que passa cada vez mais a estar ao nosso alcance. As formas de sofrer e adoecer se distribuem segundo essa nova forma de vida, agora colocada em escala molecular. A discussão e exploração desse tema foram organizadas segundo quatro capítulos.

O seu aspecto ótico começa a ser abordado por contraste com a modernidade. No primeiro capítulo, tentamos precisar de que forma o olhar se encontrou com o corpo, buscando tratar do sofrimento e não tanto castigá-lo. Recorre-se ao campo da anatomia dos séculos XVI e XVII para entender a singularidade desse encontro, vinculado à emergência do bio-poder. É verificada a importância das divisões espaciais no sentido de regular e normatizar o corpo, que ocorrem em duas grandes linhas na modernidade. Na medicina clínica, a doença é remontada a um espaço orgânico dividido entre superfície e profundidade e tratada dentro de hospitais. Já a Higiene urbana atua dividindo o espaço geográfico segundo a equiparação entre cidade e organismo, onde as ruas e avenidas corresponderiam a artérias e veias. Trata-se de liberar os pontos de passagem e para isso, as casas e demais instituições devem ser esquadrihadas, formando um meio ambiente fomentador da saúde.

Continuando no aspecto ótico, chegamos à contemporaneidade. Dois movimentos são notados; primeiramente, uma maior mobilidades no corpo no espaço, que remontamos ao estímulo do sistema capitalista ao prazer e ao consumo. Como decorrência, aparecem práticas que permitem uma maior conexão aos estímulos sensoriais que seduzem para o consumo. A medicina preditiva, diagnosticando doenças que ainda nem nasceram, seria

uma das estratégias de manter o corpo submetido a esse regime de excitação; trata-se de evitar que a doença interrompa a conexão do aparelho perceptivo com as estimulações sensoriais. Dessa forma, a preocupação com o tempo, com a antecipação da doença é esclarecida segundo modificações do regime espacial, nas quais há maior insistência na mobilidade do que no isolamento institucional.

No terceiro capítulo, abordamos o aspecto ético. Ressaltamos os desdobramentos subjetivos das configurações espaço-temporais do olhar, tendo em vista que a divisão entre normalidade e patologia está entrando em crise. Em seu lugar, o mapeamento dos riscos genéticos nos coloca em condição mista entre saúde e doença. Condição incerta, cujo governo se dá pela estima das propensões ao adoecimento de forma mais precoce e ativa possível. Ao invés de ser observado e isolado, o indivíduo é estimulado a observar e circular por ambientes onde pode obter informação. Como estas são sempre da ordem do provável, estamos condenados a viver sob incerteza, tendo que decidir sobre o que era destino na era moderna. A molecularização da doença implica uma molecularização da ética, onde as formas de viver são decididas no cotidiano e reformuladas constantemente segundo uma gestão de riscos.

No último capítulo, procuramos articular o aspecto ético ao aspecto biológico da molecularização. Focando sofrimento e olhar, procura-se entender como a dor pode ainda servir como ponto de legitimação do bio-poder. Entendendo que a molecularização da vida implica uma transitividade entre orgânico e inorgânico, definimos saúde como otimização. A partir desse diagnóstico buscamos no campo farmacológico, as formas contemporâneas do sofrimento, que nos parecem estar ligadas à regulação do humor, vontade e afeto. Intervindo nesses elementos, os indivíduos exercem uma espécie de trabalho sobre si que busca trocar uma dor muitas vezes insuportável por outra capaz de ser administrada. Observa-se também a valorização econômica da vida, da qual o patenteamento de células e

trechos de DNA para a produção de remédios é um exemplo. Nessas práticas, a vitalidade se torna ameaçada por uma grande desigualdade no acesso aos recursos terapêuticos e diagnósticos.

Cabe ainda ressaltar que o presente trabalho desenvolve-se interrogando as formas de vida produzidas na contemporaneidade, mostrando seu caráter histórico. Apontar sua contingência é, entretanto, bastante diferente de desvelar seu caráter ideológico. Desde a modernidade, estamos envolvidos com uma visibilidade que produz verdade, identidade, realidade. Não se trata de mostrar que o gene é produzido a partir de uma visão distorcida da natureza humana, mas de entender porque hoje estamos tão preocupados com o domínio molecular. Há algumas décadas, ao invés desse plano, eram ainda os órgãos, os tecidos, a finitude, o sujeito psicológico, a linguagem inconsciente, as disciplinas, o Estado, a normalidade e patologia que nos ocupavam. Trata-se de um deslocamento no lugar onde nossa verdade é situada. É desse acontecimento que podemos chamar de molecularização da vida que iremos nos ocupar.

Capítulo I

O Regime de visibilidade moderno: divisão e fechamento

A construção de quadros classificatórios, nos quais uma ciência poderia recensar a totalidade de seus objetos, marcou de forma significativa os saberes e práticas nos séculos XVII e XVIII (FOUCAULT, 1987). Na medicina dessa época, nota-se a preocupação em submeter patologias a um alto grau de visibilidade determinando e orientando a prática terapêutica. Primeiramente, a doença era tratada como essência pura que aparece distorcida no corpo do doente, de forma que a cura deveria ser precedida por um esforço classificatório, indo além do imediatamente visível para atingir a doença em seu estado “pleno”. Nesses séculos também foi construído o projeto de medicina do corpo social, cuja meta seria a desobstrução de todos os entraves à saúde, inclusive, os políticos. Nesse sentido, a constituição de uma sociedade sem conflitos, onde cada indivíduo pudesse se tornar médico de si mesmo, conduziria à eliminação da doença, e, por conseguinte, da medicina (FOUCAULT, 2004). De um lado, a concepção de uma doença totalmente visível, cujas formas seriam totalmente percorridas pela classificação médica; de outro, o sonho de uma consciência e uma sociedade transparente a si mesmas, sem doenças e medicina.

Ao final do século XVIII, ao invés de uma visibilidade total, de um espaço social desobstruído e de uma doença cujas variações seriam totalmente classificáveis, aparecem projetos mais “modestos”. No lugar de uma sociedade sem conflitos, a aliança entre medicina e urbanismo, projeta cidades dotadas de repartições de forma a evitar o contágio de doenças ligadas às classes desfavorecidas. A arquitetura dos Hospitais é reformada para torná-los espaços de cura, onde a doença é observada caso a caso, de modo individualizado. No lugar do desvelamento de uma essência nosológica, o saber médico passa a se desenvolver pela experiência clínica, pelo registro dos casos e de sua evolução, tendo na autópsia ponto de apoio para a compreensão dos processos patogênicos. Ao invés de almejar um espaço homogeneamente visível, sem qualquer porção de sombras, a medicina

desenvolve um sistema de registro contínuo, sempre incompleto, dividindo o espaço de forma binária: o interior e exterior hospitalar, as repartições urbanas, o exterior do sintoma e o interior do corpo exposto pela autópsia. Um espaço dividido entre ‘dentro’ e ‘fora’, com locais mais visíveis do que outros, onde a permanência de regiões confusas promove o avanço do exame do registro. Um espaço segmentado, não homogêneo, onde avança um olhar detalhado, contínuo, inesgotável: temos nessa relação entre olhar e espaço o plano próprio às práticas de *vigilância* na modernidade.

Nesse capítulo, tentaremos mostrar como o regime de visibilidade proposto nas práticas modernas de cuidado com a saúde foi constituído pelo encontro entre a medicina e uma modalidade de poder que investe fundamentalmente sobre o espaço — se aqui pudermos entender o corpo também como um espaço. Trata-se de um processo onde o olhar médico se mescla a um poder que atua positivamente, incitando ao invés de reprimir, que Foucault (1995; 2005a) denomina, em relação à sua modalidade, de *governo* e, em sua singularidade histórica, de *bio-poder*. Desta forma, olhar, poder e espaço aparecerão de forma renovada. O primeiro detém-se nas formas concretas do espaço – do corpo e do território – buscando a individualidade dos fenômenos, tornando-se vigilância, ou seja, um exercício de olhar contínuo, sempre incompleto e obcecado pelo comum e cotidiano. Para que esse olhar fosse constituído, determinadas práticas de poder tiveram que com ele se aliar. Quando o modelo de soberania ordenava o olhar médico, o corpo era desvelado de forma espetacular pela anatomia, o território visível estava relacionado diretamente com o poder político do monarca: castelos, fortalezas e espaços destinados a rituais, celebrações e castigos. O surgimento de uma nova tecnologia política que investe sobre o espaço não mais do extraordinário, mas sobre o cotidiano das instituições e do território urbano, torna o olhar minucioso, contínuo, mais relacionado à ciência do que ao espetáculo.

Através desse processo, que se dá na passagem do Estado monárquico para o Estado moderno, surgem referências claras para a subjetividade: estar dentro e estar fora do Hospital referindo-se a estar são e estar doente, morar em determinado lugar da cidade e ser cidadão de um determinado país, implicando um cuidado certo cuidado com a saúde. Provavelmente, lembrar desse processo, nos auxilie aqui a compreender como o investimento do poder na dimensão espaço-temporal fabrica o que nós somos.

1.1 Indivíduo e racionalidade moderna

Considerada em seus aspectos epistemológicos, a era moderna é usualmente associada à abstração das características individuais do objeto e ascese do sujeito cognoscente. Segundo Redondi (1997), o estudo de Alexander Koyré, “Do mundo fechado ao universo infinito”, serve-se dessa tese. O eixo da argumentação de Koyré (2006) considera o século XVII palco de uma crise de referências, na qual o homem é despojado do lugar fixo que ocupava na ordenação do cosmos. Esse acontecimento, que definiria a era moderna, é desencadeado pelo apagamento de uma visão hierarquizada do mundo, plena de valorações humanas, sucedida pela visão científica que abstrai características subjetivas e cria um universo aberto e homogêneo. A experiência do mundo é totalmente modificada, pois o homem perde o “mundo em que vivia e sobre o qual pensava, e teve de transformar e substituir não só seus conceitos e atributos fundamentais, mas até mesmo o quadro de referência de seu pensamento” (idem, p. 13). Ao invés de um mundo finito e fechado ordenado pela potência divina, a ciência natural, embora não descarte inicialmente essa presença, supõe um espaço homogêneo onde os corpos estão sujeitos aos mesmos princípios e reduzidos às características quantificáveis. O movimento decisivo foi, portanto, a retirada da hierarquia do espaço e a igualação dos fenômenos em termos de princípios

físicos. Se a racionalidade moderna procede igualando e abstraindo, o indivíduo terá pouca ou nenhuma chance de ser reconhecido.

Na direção contrária, Foucault (2004) descreve uma relação íntima entre a percepção clínica e a individualidade⁶. O mundo fenomênico repleto de particularidades individuais não é tomado como ponto de partida para sua investigação, mas como problema histórico. Em “Nascimento da clínica”, temos uma primeira aproximação desse problema: como a cultura moderna pôde pensar o indivíduo e sobre que práticas concretas as concepções filosóficas sobre a finitude estão apoiadas?

A possibilidade de o indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento implica que se inverta no saber o jogo da finitude. Para o pensamento clássico, esta não tinha outro conteúdo senão a negação do infinito, enquanto o pensamento que se forma no final do século XVIII lhe dá poderes de positivo: a estrutura antropológica que então aparece desempenha simultaneamente o papel crítico de limite e o papel fundador de origem. *Foi essa mudança que serviu de conotação filosófica de uma medicina positiva; e, inversamente, essa medicina foi, no nível empírico um dos primeiros esclarecimentos da relação que liga o homem moderno a uma finitude originária.* (grifo nosso, Foucault, 2004, pp-217-8).

Em outros termos, o enquadramento de Koyré é invertido: ao invés do pensamento moderno ser tributário de um espaço homogêneo e aberto, parte importante de sua reflexão procedeu da localização da verdade no espaço finito do corpo. A possibilidade da existência de um saber autorizado cientificamente sobre o indivíduo surge quando as pesquisas médicas vinculam corpo, doença e morte. Embora possa parecer absurdo para o tempo presente, antes do século XIX a medicina estava mais afeita a classificações das moléstias

⁶ Cabe ressaltar que para Foucault, a era moderna se inicia no século no final do século XVIII, enquanto Koyré a remonta ao século XVII. O foco dos autores é igualmente dissonante; enquanto Koyré estudou as ciências naturais, o pensador francês investigou predominantemente as ciências humanas.

do que em estabelecer vínculos entre patologias e o espaço corporal. Desse século em diante, o diagnóstico passa a ser orientado pelos vínculos entre lesões localizáveis nos órgãos e tecidos e os quadros sintomáticos. Na ausência desse elo, a compreensão do sofrimento poderia ainda sob jurisdição moral e religiosa, ao invés de científica.

Com o advento da medicina clínica, a finitude do sujeito já anunciada pela filosofia kantiana recebe a possibilidade de ser experimentada concretamente, pois o cuidado com o corpo não visa mais à salvação da alma, mas à restituição da saúde. As prescrições médicas constituem um novo campo de auto-formação, onde o domínio somático torna-se realidade incontornável onde experimentamos a nós mesmos como seres orientados espaço-temporalmente, dotados de necessidades de sobrevivência, assim como de prazer e desprazer (PINHEIRO, 2006). Em suma, as referências utilizadas para compreensão de si não são mais da ordem de um mundo transcendente, mas relacionadas ao aqui-agora da experiência corporal. E como o corpo é uma dimensão instável, submetida ao desgaste temporal e ao deslocamento espacial, o sujeito, ao ser remontado a esse plano, torna-se igualmente variável e mutável, ou seja, uma existência individualizada.

Dentro de uma perspectiva foucauldiana, pode-se dizer que a relação entre corpo e subjetividade é atravessada por discursos e práticas históricas, que ao oscilarem, definem diferentes regimes de verdade. Até o século XVIII, diante de uma concepção negativa da finitude humana, a relação entre corpo e subjetividade era, em parte, de oposição. O corpo aparecia como elemento perturbador das relações entre sujeito e verdade. Ao invés de o organismo ser um espaço onde se aloja uma verdade sobre o indivíduo - sobre seu adoecimento, sobre suas relações com o mundo – ele é tratado como distância, elemento que contribui para o afastamento do conhecimento verdadeiro⁷. Entretanto, no final desse

⁷ Isso pode ser assinalado na concepção cristã do desejo como perturbação da alma (FOUCAULT, 2006), na compreensão cartesiana das relações entre alma e corpo e sua influência sobre o conhecimento racional

mesmo século, uma outra visão do corpo assume seus primeiros contornos a partir de ciências nascentes, como a biologia, e nas filosofias pós-kantianas que encontram na vida e na vontade explicação para o funcionamento da consciência (FOUCAULT, 1987). Esta visão é acolhida como elemento estruturante das ciências humanas – psicologia, psicanálise, etnologia e sociologia –, pois estas rompem com a transparência do cogito, duvidando do poder da razão apreender a si mesma. Por isso, irão pesquisar o homem não como alma desencarnada, mas como ser imerso em condições de existência e, logo, ancorado corporalmente.

A finitude humana muda de feição, legando ao corpo uma função positiva. Várias investigações contribuem para tal mudança, dentre as quais podemos destacar as pesquisas psicofísicas e psicanalíticas, os estudos etnográficos e as práticas médicas clínicas. Com as investigações de Helmholtz e Fechner sobre a variação da intensidade entre o estímulo físico e a sensação mental, o organismo assume função primordial e não apenas negativa na relação entre psiquismo e o mundo externo (idem). Ampliando o papel da cultura e da linguagem, a psicanálise produz elos indissociáveis entre o falar, habilidade única do homem, e o desejo, que multiplica o sentido da linguagem. A etnografia francesa e a filosofia da técnica tratam da singularidade do corpo humano, relacionando-a à capacidade de produzir objetos técnicos, que exportam e potencializam as funções orgânicas (CANGUILHEM, 1967). E, no campo das práticas, o conhecimento que a medicina vai buscar no estudo da fisiologia e na anatomia comparada criou condições para que fossem desenvolvidas técnicas terapêuticas que ampliam o poder social de regulação sobre a saúde (FOUCAULT, idem). Assim, o corpo humano assume uma dupla face. Em primeiro lugar, aponta para nossa finitude – para a parcialidade de nossos juízos e percepções, para a morte

(DESCARTES, 1973), bem como na medicina dos séculos XVII e XVIII orientada para o isolamento de essências nosológicas (FOUCAULT, 2004), da qual iremos tratar mais adiante.

que se inscreve irremediavelmente em nossas vidas. Logo em seguida, essa primeira face é como que compensa por um acréscimo de poderes técnicos: as pesquisas sobre os fenômenos e mecanismos corporais onde a finitude se anuncia – distorção perceptiva, neurose, doença somática – ampliam os poderes de intervenção sobre nossa natureza.

Segundo Foucault (*idem*), as formas tradicionais de narrar o surgimento de tal compreensão do corpo apelam freqüentemente para a vitória do experimentalismo sobre preconceitos, como se o indivíduo aguardasse ser desvelado pela racionalidade científica. Assim, para se entender o surgimento da medicina moderna, evoca-se a vitória do conhecimento empírico sobre as especulações dos sistemas médicos, assim como o abandono das inibições morais dos médicos em relação ao corpo dos pacientes, permitindo o desenvolvimento dos métodos de auscultação e percussão. Alega-se que o conhecimento biológico se tornou científico, na medida em que se pôde perceber que a singularidade dos processos vitais ultrapassava os moldes mecanicistas. Enfim, nesse tipo de narrativa, o corpo vai sendo conquistado pela consciência científica, na medida em que o conhecimento foi purificado de crenças metafísicas.

Uma forma mais contemporânea de entender o surgimento das pesquisas científicas sobre o corpo é tentar articulá-las a problemáticas surgidas no cotidiano, onde o conhecimento está saturado por relações de interesse que presidem seu desenvolvimento. Canguilhem (*op. cit.*) argumenta contra aqueles que concebem o olhar científico como uma forma desencarnada e objetiva de conhecimento que a consciência racional não se opõe à vida, mas nela se enraíza. O pensamento é um recurso que surge em face de problemas que não podem ser resolvidos imediatamente, e, por isso, despertam a dúvida, o recuo, a interrogação. Dessa forma, conhecer pode ser tratado como “um método geral para a resolução direta ou indireta das tensões entre o homem e o seu meio”(CANGUILHEM, 1967, p. 10). Quando as relações entre indivíduo e suas condições de existência são

submetidas ao desequilíbrio há um distanciamento do mundo, delimitando um setor objetivo para o sujeito cognoscente. Mas ainda assim um sujeito interessado, pois o surgimento dessas tensões é acompanhado geralmente pela experiência do sofrimento, na medida em que a vida está afetada por uma diminuição de potência.

Se a atividade cognitiva está intimamente vinculada às perturbações impostas à vida, o grande motor do desenvolvimento científico será a dor. A medicina, não à toa, é considerada por Canguilhem (idem) um dos campos fundamentais do desenvolvimento do conhecimento, pois se refere diretamente à necessidade de aplacar a dor. Teriam, então, as pesquisas sobre o corpo e as ciências do indivíduo derivado do aumento da sensibilidade à dor? O corpo teria se transformado em objeto científico quando a mentalidade européia recusou os espetáculos de sofrimento proporcionado aos criminosos na sociedade monárquica tão freqüentes até o século XVIII? Nessa hipótese, a medicina clínica surge com a instalação de um novo tipo de olhar: uma iluminação científica preocupada apenas com o progresso científico e o bem estar social, que se abstém de qualquer prazer em assistir o sofrimento.

Para Canguilhem (1995), a dor e a doença fazem parte do estado saudável, logo não podem ser simplesmente extirpados. A tentativa de eliminar o sofrimento traduz a convicção de que a consciência pode um dia englobar todos os atos e esferas da existência humana. Existe uma atitude interessada animando esse esforço que não é transparente à consciência: a conquista da doença como dominação de um mal, como tentativa de regular uma natureza imprevisível. Assim, seguindo essa argumentação, o aumento da sensibilidade e do respeito à dignidade humana não foram os motores principais para o conhecimento do indivíduo. Segundo Foucault (1997), o olhar minucioso que dá origem às

ciências do homem⁸ está implicado com tecnologias de poder que aumentam a produtividade dos corpos. Essa tese inverte a narrativa humanista do nascimento das ciências do indivíduo, pois se é verdade que as práticas punitivas passaram a se preocupar mais em conhecer e reformar do que provocar dor, elas são ainda poderes, técnicas de produção de corpos dóceis. A lógica que articulava olhar e sofrimento foi reestruturada para que os limites impostos a uma ciência da individualidade fossem transpostos. Uma ciência do indivíduo foi possível quando o poder deixou de inibir e causar a dor para produzir aptidão e capacidades.

1.2 Olhar e sofrimento

Tierney (1998), ao estudar a prática da anatomia nos séculos XVI e XVII, articula a questão do olhar clínico a uma reforma do poder. Partindo do princípio de que as práticas anatômicas, anteriores ao século XVIII não estavam vinculadas à compreensão das doenças, o autor discorre sobre o regime de visibilidade próprio a este olhar. Uma das principais características das dissecações era o seu caráter de acontecimento solene e único, que exigia uma arquitetura igualmente extraordinária. Por isso, grandes teatros⁹, como os de Bologna, Pádua e Leiben, eram ornados de forma suntuosa e destinados exclusivamente à prática anatômica. A dissecação aí era conduzida como espetáculo, por vezes acompanhada de música, onde o corpo exposto ao olhar oferecia lições, ao mesmo tempo, morais e científicas. Por um lado, o anatomista era um representante ilustre das artes e

⁸ Existe uma articulação entre ciências humanas e medicina clínica explorada por Foucault (2004) em o “Nascimento da clínica”. Embora a medicina não seja uma ciência humana, ela promove um movimento de olhar sobre si que é a referência fundamental para a psicologia, psicanálise, antropologia e sociologia, pois a clínica é um saber sobre o indivíduo, ou seja, sobre o próprio sujeito que conhece.

⁹ Interessante notar que um jurista do século XIX citado por Foucault (1997), Julius, divide as civilizações em dois tipos relacionados à forma como expõem o sofrimento. As civilizações de espetáculo, mais antigas, caracterizam-se pela prática do ritual e do sacrifício, que se dão em formas arquitetônicas grandiosas que visam doar a um público a sensação de um acontecimento único. Essas formas arquitetônicas são exatamente os teatros. Nas segundas, as civilizações de vigilância, as formas arquitetônicas principais correspondem às prisões.

ciências que descobria e expunha para os cidadãos comuns a complexidade dos fenômenos físicos, por outro, ele ocupava uma função moralizadora, indicando a morte como um castigo.

O teatro de Leiben, em particular, através da exibição de esqueletos humanos acentuava princípios morais. Seis dos esqueletos ali expostos encontravam-se amarrados com bandeiras com inscrições como: “*Pulvis et umbra sum(u)s*” (somos poeira e sombras) e “*Nascentes Morimur*” (nascemos para morrer), apontando a infalibilidade da morte em contraste com a efemeridade humana. Dois desses esqueletos, representando Adão e Eva, trazem de forma contundente a exposição do corpo para a dimensão moral. A bandeira que os envolvia continha a seguinte legenda: “*Principium Moriendi natalis est*” (o princípio da morte nasceu), tratando da morte como um castigo divino imposto à espécie humana, que se torna finita precisamente por pecar. Através da dissecação dos corpos, princípios morais são impostos, reforçando a Soberania divina.

Não somente a soberania de Deus é realçada, mas também o poder político do soberano. A partir do século XVII, o uso de cadáveres de criminosos nas práticas anatômicas se tornou constante e regulamentado por atos jurídicos. Inicialmente, a dissecação anatômica era praticada visando também um efeito incorpóreo: após a punição física, a exposição do corpo era um meio de perpetuar a infâmia do criminoso na memória coletiva. Logo, o poder político do soberano sobre o súdito é reforçado pelo anatomista em suas performances, que, em alguns teatros como o de Bologna, costumava anunciar a forma como o sujeito da lição anatômica havia sido punido.

Entretanto, a consolidação da anatomia como um saber experimental e de suma importância para a compreensão do processo patogênico só se deu mais tarde, no século XIX. Essas primeiras dissecações estavam restritas a teatros e destinadas a um público extenso, não exclusivamente acadêmico. Seu caráter de espetáculo esteve diretamente

ligado ao caráter punitivo: assim como a execução de um criminoso era assistida publicamente, a dissecação era uma revelação, com ares de espetáculo, dos segredos do organismo e do poder do soberano de castigar. O olhar encontrava os corpos na medida em que a moralidade e as leis eram rompidas e um poder vinha tentar restaurar a ordem. Era um encontro mediado pelo sofrimento: inicialmente, o corpo anatomizado era marcado pelas execuções violentas, vinculado a uma violência física e, depois, marcado por um sofrimento à descendência do criminoso, inscrito na memória coletiva pela infâmia. O poder que produzia o olhar anatômico é essencialmente de dominação e violência, tratando do corpo como um objeto natural a ser explorado. Não à toa, o anatomista possuía relações próximas com os carrascos, não só porque estes eram os fornecedores dos sujeitos das lições anatômicas, mas porque, em alguns casos, o médico referia-se ao modo da execução, lembrando para todos os presentes que a dissecação estava relacionada à punição.

A visibilidade do corpo encontrava-se em estreita aproximação com o modelo das ciências naturais. Bacon e Descartes formalizaram o olhar da ciência como uma situação de poder, onde se submete o domínio natural à interrogação humana. Foucault (1997) considera esse tipo de interrogação como atualização de uma forma de saber-poder surgida na Idade Média: o inquérito. Através do inquérito buscava-se precisar a relevância de uma infração, o seu responsável e a pena adequada. Seu diferencial é buscar na prova e no testemunho as bases de um juízo ao invés de procurar extrair a verdade a partir do combate e da tradição (FOUCAULT, 1997).

O grande conhecimento empírico que recobriu as coisas do mundo e as transcreveu na ordenação de um discurso indefinido que constata, descreve e estabelece os “fatos”.. tem sem dúvida seu modelo operatório na Inquisição- essa imensa invenção que nosso recente amolecimento colocou na sombra na memória. (Foucault, 1997, p. 186).

A Inquisição geralmente finda seu processo de interrogatório com um corpo supliciado, assim como o modelo metodológico da análise da natureza propõe, desde Francis Bacon, o domínio e a exploração dessa esfera. Da mesma forma, a anatomia nos séculos XVI e XVII observa um corpo subjugado pelo poder técnico de intervenção e pelo poder político de impor sofrimento. No entanto, o conhecimento do corpo humano estava relacionado, na percepção desses séculos, ao desvelamento dos segredos do micro-cosmo, mas pouco acrescentava à compreensão dos processos patogênicos. Somente mais tarde, a anatomia se encontrará com a patologia, tomando os órgãos e depois os tecidos, sedes e causas das doenças.

O advento da anatomia patológica é remontado por Canguilhem (1995) e também por Foucault (2004) à obra de um médico do século XVIII, Morgagni¹⁰, empenhado em investigar “as espessuras dos órgãos cujas figuras variadas especificam as doenças” (FOUCAULT, p. 141, 2004). Tierney (op. cit.) argumenta que a formação desse saber não se deu sob a forma de um avanço do conhecimento anatômico, mas pela tentativa de resolver algumas problemáticas sociais, onde uma nova tecnologia de poder teve que ser posta em prática. O modelo inquisitorial de conhecimento do corpo, sustentado pelo modelo político da Soberania, encontrou barreiras que retiveram o desenvolvimento do conhecimento médico. Em primeiro lugar, na medida em que se formaram escolas particulares de anatomia, a demanda por cadáveres aumentou exponencialmente, ultrapassando o fornecimento usual. Em segundo, a ligação muito estreita da prática anatômica com a punição gerava dificuldades para o transporte dos cadáveres, pois, com frequência, a população perseguia o cadáver do criminoso, deste se apoderando.

¹⁰ Cabe ressaltar que, na opinião de Foucault (2004), será a partir de Bichat e não de Morgani que a medicina se constituirá como uma anatomo-clínica, pois Morgagni constestava alguns dos princípios da clínica, como a fundamentação do saber no registro hospitalar.

Na Inglaterra, esse problema se desenvolveu de forma mais intensa do que na França. Enquanto neste último país, as escolas de anatomia se beneficiaram da possibilidade de comprar cadáveres para dissecação, os médicos ingleses muitas vezes tiveram que recorrer aos ladrões de corpos. A solução encontrada foi regulamentar o fornecimento de cadáveres, desvinculando-o da infração da lei. Passou-se do *Murder Act* para o *Anatomical Act*¹¹. Neste último, ao invés do criminoso proposto pelo primeiro, o sujeito da dissecação passou a ser o indigente: o indivíduo com poucos recursos financeiros que falece em hospitais públicos sem que o corpo seja reclamado por parentes ou amigos. O encaminhamento para a dissecação baseava-se no argumento de que o corpo anatomizado iria servir ao progresso da medicina compensando os serviços recebidos nos hospitais. Desta forma, a anatomia se viu aparentemente desvinculada da forma punitiva e passou a se tornar uma prática voltada para o desenvolvimento do saber médico e aumento da saúde da população.

1.3 Olhar e bio-poder

Porém, um exame histórico mais atento indica que o olhar não se desvinculou do poder, mas se ligou a uma outra modalidade, que Foucault (1995) denomina *governo*. Governar não é ação direta sobre corpos ou coisas, mas ação sobre possibilidades de agir; é trabalho sobre a conduta, onde se ordena o campo das possibilidades de ação: “governar, neste sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244). Por não proceder de uma instância transcendente, governar envolve o jogo estratégico, o cálculo das possibilidades, pressupõe a própria liberdade do sujeito se furtar à dominação. Governar, portanto, se opõe ao modelo político da Soberania. Enquanto o soberano é detentor de uma autoridade incontestável, neste outro modelo aquele que

¹¹ O filósofo e jurista Jeremy Bentham foi o responsável pela instituição do Anatomical Act. Curiosamente, o autor é igualmente responsável pelo projeto de uma tecnologia do olhar (o Panoptismo) que serve de inspiração para a arquitetura das instituições modernas.

conduz e aquele que é conduzido estão em relações co-dependência. Deve haver também finalidades bem definidas: a conduta envolve um estado a ser alcançado, para o qual o guia fornece regras necessárias e métodos de auto-monitoramento. Como no governo cristão da alma, a autoridade existe em função daqueles que cuida, por isso é necessário que exista uma relação de conhecimento que individualiza os membros da sociedade. Governar, portanto, envolve três características fundamentais: finalidades bem definidas que justificam as intervenções do poder, um conhecimento detalhado sobre aquilo que diferencia os sujeitos entre si e um regime de monitoramento contínuo.

Tierney (op. cit.) considera a instituição do *Anatomical Act* uma introdução do governo na prática anatômica. Ao invés de perseguir os ladrões de túmulos, investindo no aspecto punitivo, o aspecto produtivo do poder foi ampliado. A abertura do corpo, através da dissecação, realçou o aspecto de conhecimento e o articulou com um propósito social: a melhoria da saúde da população. Em segundo lugar, o ato jurídico visou solucionar um problema ligado à ordem social: como sanar as agitações públicas que invariavelmente ocorriam após as punições e que perturbavam o fornecimento de corpos para a medicina? Duplo deslocamento: o poder médico de abrir corpos passou a ser validado pelo aumento do bem-estar da população, ao mesmo tempo em que a punição imposta aos criminosos passou a visar fundamentalmente à reforma, à produção de uma subjetividade normal.

A morte, através da anatomia patológica, adquiriu propriedades positivas: mais do que o extermínio do organismo ou a demonstração de força política, ela implica no aumento do potencial técnico de intervenção sobre a saúde. Caso penetre na visibilidade do saber e do poder é para ser convertida favoravelmente à vida. Visando esse aspecto produtivo, fomentador das forças corporais, Foucault (2005a) descreve o poder moderno como *bio-poder*. Trata-se, segundo esta nova organização, de “causar a vida ou devolver à morte”, enquanto no modelo soberano vigorava o “direito de causar a morte ou deixar viver” (idem,

p. 130). O foco da soberania estava na morte, pois seu dispositivo principal era a extração: do tempo, das riquezas, do corpo. Quando o Soberano age favoravelmente à vida é atuando sobre o seu reverso, ou seja, deixando de matar. Esse direito de dispor da vida dos súditos é fundamentado simplesmente na autoridade, pois o soberano é aquele que cria a lei da qual pode se eximir.

Moldado por esse princípio bio-político, o Estado paulatinamente assumiu sua face moderna. Até o século XVII, o Estado estava vinculado a objetivos que se confundiam com a própria autoridade do soberano. Em primeiro lugar, conservar a ordem do reino, como no Estado medieval orientado para a manutenção da lei, em seguida, exercer e conservar o domínio sobre um território, tema que perdura até o século XVII. A partir do século XVIII, o Estado tomou como ponto fundamental a saúde, o bem estar e a segurança de suas populações. Em outros termos, o Estado se “governamentalizou”, ou seja, passou a legitimar suas ações não mais em um princípio transcendente, mas em objetivos específicos ligados ao favorecimento das condições de existência da população¹². Com isso toda uma economia da visibilidade foi invertida, tornando a base da hierarquia social a mais bem iluminada pelo poder.

Enquanto no modelo da Soberania, atuava-se sobre o excepcional e extraordinário, somente alguns membros da sociedade tinham suas particularidades conhecidas e registradas. As pinturas, o registro escrito do cotidiano e os rituais, enfim, as técnicas que permitiam que a existência individual fosse reconhecida pelo presente e legada para o futuro estavam destinadas a poucos: aos heróis ou aos membros da aristocracia. Os demais, súditos ou criminosos, só cabiam nos registros e ostentações quando tocados pela luz aristocrática por uma concessão ou para manifestar violentamente seu poder. Nos novos mecanismos, o poder se afasta de um regime de funcionamento súbito, violento e

¹² Para maiores detalhes, ver o texto de Foucault (2005b, pp. 277-293) “A governamentalidade”.

descontínuo, detendo-se sobre o comum e o rotineiro. Na arquitetura austera das prisões, escolas, fábricas, quartéis e hospitais são as pessoas comuns e suas atividades rotineiras a serem registradas, vigiadas constantemente. A individualidade do homem memorável é substituída pela do homem calculável, na medida em que as técnicas de visibilidade mudam radicalmente de feição: as fiscalizações substituem as cerimônias, as observações experimentais e clínicas entram no lugar dos relatos comemorativos, as medidas comparativas sucedem às árvores genealógicas.

Se os nobres tinham sua estória singularizada pelas proezas e referências genealógicas, os indivíduos comuns serão agora destacados pelo desvio. O homem “são” é individualizado, registrado, observado na medida em que traz dentro de si algo de louco, criminoso ou doente. Tão importante é o problema do desvio para as táticas do bio-poder que no século XIX a fisiologia e a psicologia do homem normal serão estabelecidas a partir da observação de seus estados alterados. Paradoxalmente, na ordem do conhecimento, o patológico precede o normal, a doença precede a saúde (CANGUILHEM, 1995). Portanto, o sofrimento – possível ou real – continua articulado ao poder, legitimando o olhar minucioso que investe sobre os desviantes. Entretanto, a lógica do bio-poder faz do corpo individual uma peça da engrenagem social, o que implica que o corpo a ser protegido em primeiro lugar é o da sociedade. As intervenções se fazem em nome não mais do soberano, do resgate do seu poder, mas em nome da população, da saúde do corpo social. A dor a ser evitada está ligada ao adoecimento da sociedade e não mais ao ultraje ao governante.

“O ‘corpo social’ deixa de ser simples metáfora jurídica-política (como a que encontramos no *Leviatã*) para surgir como realidade biológica e um campo de intervenção médica. O médico deve ser então o técnico do corpo social, e a medicina, uma higiene pública” (FOUCAULT, 2006, p. 9).

Subsiste, então, na organização do bio-poder aspectos da organização antiga de poder¹³. Em nome da saúde social, os desviantes mais perigosos recebem tratamento próximo ao banimento do século XVII, excluídos e detidos em lugares específicos, entretanto submetidos a mecanismos de constante observação. Nesse sentido, talvez seja razoável dizer que as táticas bio-políticas atuam positivamente – incitando, ampliando, estimulando – mas possuem uma origem negativa, ou seja, atuam sobre a vida tendo em vista o risco de seu enfraquecimento. O corpo social é alvo do poder na medida em que pode degradar, em que sua ordem pode se enfraquecer e a civilização regredir. Isso implica que uma série de medidas seja tomada no sentido de prever e controlar os eventos. O uso que foi dado aos hospitais franceses no final do século XVIII ilustra bem essa origem negativa do bio-poder. O hospital devia fundamentalmente proteger: “proteção das pessoas sadias contra a doença; proteção dos doentes contra as práticas das pessoas ignorantes...proteção dos doentes uns com relação aos outros” (FOUCAULT, 2005b, p. 45). Assim as técnicas bio-políticas atuam aumentando a margem de segurança da vida, como se a existência estivesse sempre colocada sob ameaça.

Segundo Reid (1992) a relação do poder com um domínio em perpétua instabilidade – o corpo social ameaçado pelos desviantes – promove seu avanço. Isso significa que aquilo que escapa ao controle, ao exame, à perícia, à fiscalização incita a continuidade dessas tarefas. O poder moderno traz a singularidade de alimentar-se dos seus obstáculos, pois aquilo que escapa à visibilidade do poder autoriza a prosseguir suas perícias individualizantes. Ao contrário do olhar suposto ao modelo da Soberania, em que o corpo se tornava transparente politicamente e anatomicamente, o olhar suposto ao modelo do

¹³ Recentemente, Aganbem (2004) argumentou, recorrendo à obra de Hanna Arendt, que o bio-poder está envolvido profundamente com o modelo político da soberania: “pode-se dizer, aliás, que a produção de um corpo biopolítico seja a contribuição original do poder soberano” (idem, p. 14)

governo implica uma certa opacidade. O autor ilustra seu argumento com a anatomia do século XIX que procura penetrar na densidade dos órgãos e dissecar seus tecidos. A profundidade corporal se oferece ao mesmo tempo como obstáculo e legitimação do olhar clínico, pois ele avança na medida em que há opacidade. Assim, o bio-poder exerce-se em relação constitutiva com a invisibilidade de algumas porções do corpo e regiões do espaço.

A vigilância nasce exatamente dessa relação produtiva com o obstáculo. Pode-se dizer que ela consiste em uma tecnologia da visão que penetra nas partes mais microscópicas da sociedade, introduzindo a individualidade no campo científico segundo o modelo bio-político, no qual a parcial visibilidade do objeto autoriza e promove o exame, o registro, a fiscalização. De uma forma mais específica, a vigilância faz parte das disciplinas, ou seja, um repertório de técnicas políticas que buscam adestrar os corpos, ampliando as habilidades sem comprometer a docilidade política. Seu modelo é o acampamento militar, cuja arquitetura supõe um controle interior, articulado e detalhado, ao invés de genérico e voltado para fora, como as fortalezas, ou simplesmente feito para ser visto como os palácios. Deve atender ao princípio da funcionalidade, ou seja, dividir o espaço, de modo que a visibilidade aumente a função produtiva da instituição. No caso, do Hospital amplie o refinamento da observação, impeça o contágio; no caso da escola, favoreça a aprendizagem; no caso da fábrica, sirva ao aumento da produção, no caso da prisão, incute a sensação de estar sempre olhado, promovendo a auto-vigilância (FOUCAULT, 1997).

De modo mais genérico, podemos considerar a vigilância um princípio de reforma do poder. Trata-se fundamentalmente de implicar o olhar e não a violência no controle, facultando que “a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício” (FOUCAULT, idem, p. 166). Através do olhar pretende-se economizar nos efeitos dispendiosos e contra-produtivos do poder soberano. Apenas pela arquitetura, pela distribuição dos lugares, pela instituição de um jogo de olhares, onde poucos olham muitos,

se induz o efeito de um controle ininterrupto. O funcionamento do poder tende a um automatismo, a uma leveza que torna os corpos cada vez mais potentes tecnicamente, mas incapazes de reagir politicamente. Dessa leveza, também faz parte a articulação íntima entre poder e saber, pois vigiar implica funções de conhecimento como o registro, a comparação, a medida. A organização do espaço e a distribuição dos olhares permitem que ações coercitivas coexistam e superponham-se à produção do conhecimento. As instituições em que a vigilância está presente se assemelham a laboratórios, ou seja, permitem isolamento de variáveis, a testagem de hipóteses. Daí seu aspecto tecnológico: faz do terreno social campo de experimentação, torna-o controlável, comparável, mensurável. Em certo sentido a vigilância constitui a sociedade: cria comunicação, divisões, escalas comparativas, onde os atores se reconhecem e se posicionam (EWALD, 1992).

1.4 Vigilância e organização do olhar e do espaço

Dentre as práticas¹⁴ que investem politicamente sobre o corpo a partir do olhar, destaca-se a medicina. Como vimos, a era moderna organiza-se politicamente pela inversão do princípio da soberania, no qual atua-se matando, perpetua-se o poder através de demonstrações públicas de força. Orientada pelo favorecimento da vida, a nova tecnologia política encontra na medicina uma forma paradigmática de regulação, pois o que está em jogo é o aumento da saúde, assim como do bem-estar e da segurança. Essa lógica do incremento da vida, o *bio*-poder, prescreve que as intervenções políticas sejam justificadas pelo benefício que produzem para a saúde da população. Como a medicina está centrada na

¹⁴ A tecnologia política moderna investe sobre o corpo segundo outros vetores: educacionais (pedagogia), profissionais (administração), prisionais (criminologia) e militares. O urbanismo, como disciplina que organiza o espaço-tempo das instituições onde os corpos são docilizados, atravessa todos esses vetores. Cf. Virilio (2005)

problemática da cura, do restabelecimento da saúde do corpo, sua importância como tecnologia social expande-se vertiginosamente.

Na modernidade, uma das primeiras intervenções sociais da medicina aplica-se ao eixo espacial, onde a reforma arquitetônica dos Hospitais e a organização dos esgotos e da circulação do ar nas cidades se apresentam como importantes eventos. Cabe explorar os vetores históricos desse investimento, já que sustentamos uma relação fundamental entre vigilância e espaço na era moderna. Pode-se encontrar em Foucault (1997), a articulação desses vetores com o olhar. O surgimento de uma nova tecnologia política responderia a duas problemáticas: como ver e controlar fenômenos em alto detalhamento e como controlar à distância (diminuindo o contato físico e sem que a presença constante da autoridade seja necessária).

Em uma época situada na transição do regime monárquico para o Estado moderno, dois eventos colocam em crise os mecanismos de controle sobre os corpos: aumento da população e constituição do regime de produção capitalista. O aparelho de controle monárquico, por centralizar o poder político, mostrou-se ineficiente para impedir movimentações, fluxos de mercadorias e pessoas, como no caso do contrabando, que se passavam de forma esparsa sem que o sistema de registros pudesse apreendê-los. Uma tecnologia individualizante que dividisse o espaço, criando a partir disso uma inspeção muito mais detalhada daquela que já existia serviu para solucionar o primeiro problema. Quanto ao controle à distância, trata-se de uma problemática derivada do desajuste entre o modelo econômico capitalista e as possibilidades de controle político da soberania. Enquanto essa última forma de investimento sobre o corpo atuava extraindo suas forças, o capitalismo necessitava de corpos ágeis, produtivos. Para tornar os corpos aptos produtivamente, mas dóceis politicamente, os mecanismos de castigos, confiscos, banimento e confinamento foram trocados por práticas mais discretas, entretanto contínuas

e abrangentes. Pode-se dizer que essa reforma atuou substituindo a punição pela vigilância: cuidar, assistir, observar, registrar, examinar figurando como práticas centrais e menos dispendiosas do que as punições. Mas para vigiar é necessário tornar o espaço legível: daí todo o investimento arquitetônico que articula medicina e urbanismo. Assim se verificarão desde o século XVIII, reformas nas cidades européias pautadas na idéia de uma livre circulação do ar e da água, como se a cidade fosse um organismo dotado de artérias e veias (SENNETT, 2003).

Neste sentido, a medicina moderna não pode ser bem compreendida sem evidenciar as delimitações produzidas na sociedade e no corpo. Duas dessas são fundamentais: a espacialização da doença, que juntamente com a reforma arquitetônica dos hospitais, permitirão a emergência da medicina clínica, e a Higiene moderna. Para a constituição da medicina clínica, foi necessário o encontro entre duas séries de acontecimentos históricos. Por um lado, o abandono de uma concepção essencialista da doença, onde a forma (no sentido de causa formal aristotélica) e não a causa explicava sua natureza e, por outro, a configuração do hospital como espaço terapêutico que serve à população. Antes da segunda metade do século XVIII, a medicina era orientada por uma nosografia médica onde se abstraía o indivíduo que aparece somente como um suporte rapidamente descartável para o entendimento da patologia. A observação se detém no corpo apenas para atravessá-lo e chegar ao tipo patológico essencial que aí está se ocultando.

A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. A pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo, o seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente” (FOUCAULT, 2004, p. 7).

A visibilidade da doença supõe um espectador ideal e a doença é ela própria uma essência que quando atualizada no corpo do doente perde sua evidência e sua clareza. A ação médica dependia do conhecimento da essência nosológica, que por sua vez poderia ser totalmente revelada e classificada em um quadro que esgotaria todas suas variações. A iluminação do saber, em tal regime de visibilidade, é perfeita: não há nada na doença e na razão médica que impeça a constituição de um quadro completo sobre as doenças. Paradoxalmente, o único impedimento para a medicina do século XVIII é o contato entre médico e paciente, ou seja, o encontro clínico. Pois é esse contato que apresenta a confusão, a imperfeição que confunde o olhar. Como aspira às essências, a medicina deve observar o corpo, mas para, tão breve quanto possível, descobrir o que está por trás da manifestação imperfeita apresentada à percepção.

A medicina do século XVIII herboriza, diz Foucault (2004). Assim como os naturalistas procuravam fazer uma representação total das espécies vegetais, a razão médica desejava o mesmo estatuto de transparência para os fenômenos patológicos. A individualidade do médico e individualidade do doente estavam apartadas do quadro proposto para o conhecimento. A partir do final do século XVIII, a experiência médica se organiza de modo diferente em relação ao corpo e à individualidade. Passa-se da classificação das essências ao registro de variações e frequências dos fenômenos patológicos. Então, o domínio hospitalar passou a ser valorizado por sua possibilidade de observação e comparação de uma infinidade de casos.

Esse primeiro projeto de medicina clínica foi sucedido por uma medicina calcada na anatomia, orientada para a determinação das fontes de irradiação dos processos patológicos. Aí então, a doença “recebe” um corpo e o doente não é apenas uma variação distorcida de uma essência. Como a anatomia extraía seu conhecimento da comparação entre organismo

são e doente, é pela observação empírica que se instala a percepção clínica. Deste modo, o saber médico inscreve-se em outro regime de olhar: ao invés de um espectador ideal que pretende formar um quadro total, trata-se agora de recolher um saber provisório, embora evolutivo, de uma infinidade de casos registrados por vários observadores. O saber não sobrevoa o corpo, mas permanece atrelado a suas formas concretas: os órgãos e tecidos, que precisam ser desdobrados para que a luz clínica desvende a patologia. Deve-se acompanhar a opacidade dos órgãos na dissecação e chegar a sua constituição tissular a partir de um jogo de luz e sombras essencial ao trabalho anatômico. Os órgãos, ao serem desdobrados em tecidos na dissecação assumem uma estrutura de invisível-visibilidade: como um véu que, ao mesmo tempo, revela e protege o fenômeno da total exposição.

A observação do corpo é complementada pela organização do espaço. Serão definidos locais específicos para o cuidado com o corpo, repartições nítidas no interior das instituições que evidenciam a preocupação do poder com o espaço. Do mesmo modo que a anatomia patológica definiu os tecidos como o lugar do adoecimento, haverá um lugar bem definido para a prática de restauração da saúde, onde esse conhecimento é aplicado e abastecido¹⁵. O conhecimento do indivíduo encontra na organização do espaço hospitalar uma importante referência, pois é pela repartição das salas, leitos e controle da movimentação dos doentes que um olhar minucioso é instalado. As nítidas repartições introduzidas na modernidade para o cuidado de si constituem também referências identitárias: estar doente e estar saudável não são apenas sensações subjetivas, mas atendem a uma geografia bem definida, segundo a qual o corpo é submetido a um regime de olhar e controle diferenciado.

¹⁵ A anatomia patológica instala-se em dependência com o Hospital. Os cadáveres utilizados nas lições anatômicas provêm do sistema hospitalar, mais precisamente dos indigentes.

Para que essa geografia fosse estabelecida, o Hospital foi colocado à disposição da medicina. Ao contrário do que se possa pensar na atualidade, a instituição hospitalar foi destinada apenas muito recentemente a um trabalho terapêutico. Sua função até o século XVIII era mais religiosa e excludente: salvar a alma daqueles que estavam prestes a morrer e também recolher uma população despossuída, afastando-a do restante da sociedade. Os médicos preferiam observar a doença na família, considerada um ambiente mais natural e simples, onde a essência da doença seria mais acessível. Para que o Hospital se tornasse um lugar terapêutico e administrado medicamente, seu espaço teve que passar por uma reorganização arquitetural. Segundo Foucault (2005b), essa modificação atendeu a uma problemática específica: o controle da desordem. A reforma da instituição hospitalar não partiu de uma tarefa médica e positiva de melhoria da salubridade, de incentivo à saúde, mas de anulação dos efeitos negativos promovidos pelo espaço hospitalar. Em seu interior, tanto as doenças se espalhavam, como mercadorias, bens preciosos e especiarias escapavam ao controle da alfândega, levadas por traficantes que se faziam doentes. As primeiras intervenções foram sobre Hospitais marítimos, relativas à inspeção de cofres que os marinheiros, médicos e boticários possuíam. Outra intervenção fundamental está ligada ao método de quarentena, cuja meta é evitar o contágio de doenças trazidas por estrangeiros. Essas duas questões –desordem econômica e desordem epidêmica – implicaram em sistemas de registro e fiscalização das atividades dos doentes e funcionários. A introdução dessas tecnologias de regulação do espaço tornou possível que o hospital assumisse uma visibilidade disciplinar, onde o olhar deve varrer os fenômenos em sua micro-escala.

Não somente o interior do Hospital é reorganizado, mas sua localização no meio urbano é problematizada. Juntamente com a medicina clínica, cuja prática deteve-se no interior hospitalar, o cuidado com a saúde na modernidade envolveu o “exterior” hospitalar

a partir da Higiene. Tal prática investe sobre o meio urbano e sobre as condições de vida da população mediante uma aliança entre urbanismo e medicina, na qual cidade e organismo são apreciados como sistemas (SENNETT, 2003). A descoberta de Harvey do funcionamento do coração e os estudos de seus sucessores sobre o sistema nervoso foram fundamentais para esta aliança, permitindo que a cidade fosse compreendida como organismo, cuja saúde depende do desimpedimento dos canais de comunicação. De especial relevância para as práticas higienistas foi a associação que o médico Ernst Platner propôs entre a fisiologia da pele e ambiente. Do mesmo modo as impurezas tampam os poros, os dejetos urbanos passam a ser vista como agentes patogênicos, inspirando uma série de intervenções sobre os hábitos da população e a construção urbana. A fisiologia da pele funcionou como um apelo à desobstrução do corpo que deve respirar em sua dimensão privada, através de vestimentas leves, de um asseio regular, e também na dimensão pública, habitando locais arejados e dotados de sistemas de esgoto, deslocando-se em ruas asfaltadas que impeçam o acúmulo de dejetos.

Na Higiene, temos um olhar que não insiste tanto sobre o corpo colocado dentro de instituições, mas em relação a condições de existência em geral, onde o Estado toma o cuidado com a saúde como uma de suas finalidades. Foucault (2005b) afirma em “A política de saúde no século XVIII” que um sistema geral de vigilância médica foi organizado para tornar possível a mensuração e variação dos surtos epidêmicos, das taxas de morbidade, do aumento da duração média de vida e de supressão da vida para cada faixa etária. Esse sistema desenvolveu-se a partir de um conjunto de regulamentos e procedimentos – a polícia – que visava o registro e o controle das atividades dos sujeitos inseridos em suas condições de existência. A polícia consiste em um aparelho que se desenvolve a partir da “governamentalização” do Estado, ou seja, o surgimento de funções

que não contavam para a soberania, pois a polícia tem objetivos bem definidos que envolvem, mas ultrapassam a manutenção da ordem, onde importa conhecer um certo domínio para favorecer seu desenvolvimento.

Ela não designava somente uma corporação, mas um conjunto de regulamentos e de múltiplas instituições encarregadas de cuidar tanto da manutenção da ordem, quanto da circulação da riqueza e da saúde em geral. Um acontecimento foi fundamental para que a polícia se medicalizasse: a reorganização das políticas assistenciais que cuidavam de uma parte denominada, sem muita especificidade, de pobre. Nesta classificação cabiam diversos tipos que passaram a ser separados: indivíduos com idade avançada, ociosos, perigosos e também adoecidos. Com a classificação pormenorizada dessa população, a medicina ganhou maior autonomia em relação a outras medidas assistenciais, isolando a problemática da doença dos pobres e relacionando-a com a saúde geral da população. Assim temos a constituição de uma higiene médica cujo alvo principal é o regime de saúde das populações.

Uma das suas intervenções fundamentais consiste na reorganização do espaço urbano. Da mesma forma que o hospital é reformado tendo em vista a constituição de uma visibilidade que funcione também a serviço da cura, a cidade passa ser alvo de reformas urbanísticas que visam proporcionar o arejamento do espaço, a melhoria dos sistemas de esgoto e de águas, relacionando esses fatores com a densidade populacional.

Em resumo, as táticas individualizantes da vigilância são complementadas por um sistema de vigilância generalizado que toma a sociedade como alvo para a prática médica. Ao se situar no nível dos corpos individualizados, o olhar médico requererá, a partir de então, técnicas de observação rigorosas: por um lado, a anatomia avançará no entendimento sobre a causalidade das doenças, por outro a observação dos doentes no hospital é refinada

juntamente com o esquadramento do espaço urbano. (FOUCAULT, 2005b). Assim, a ordenação do território – do espaço urbano, assim como do espaço interno institucional – torna-se peça essencial aos mecanismos de regulação da saúde. As estratégias aí envolvidas assinalam o ingresso do olhar em uma região política, permitindo que o controle sobre os indivíduos coincida com um cuidado, cura e assistência.

Dessa forma, o olhar encontra na tarefa de examinar e dividir o espaço um exercício sempre a prosseguir e refinar, e, por isso, infundável. Nesse sentido, a vigilância substitui a transparência total almejada pela antiga anatomia, rituais soberanos e medicina das essências patológicas por um projeto mais modesto. Trata-se de ver continuamente, de ver incessantemente porque a tarefa fundamental do poder não será excluir, nem banir, ou seja, retirar do espaço cotidiano, mas adequar o movimento do corpo a uma localização específica. Assim, a força e o evento não são anulados, mas utilizados em favor de um controle, que desde o início se propõe incompleto e, por isso, infinito. “O fato da definição do indivíduo consistir em um labor infinito não seria mais um obstáculo para uma experiência que, aceitando seus próprios limites, prolongava ilimitadamente sua tarefa”, diz Foucault (2004, p. V-VI) a respeito da medicina clínica. Mas o mesmo não poderia ser dito do olhar que perscruta os lugares confusos, de amontoamento nas cidades, que procura organizar o espaço segundo regras higiênicas? A impossibilidade de uma total transparência não é ruína do olhar moderno, mas um limite fomentador do seu exercício.

O espaço segmentado, dividido nitidamente entre exteriores e interiores substituiu o sonho de um espaço homogêneo totalmente visível e apreensível de uma só vez pela razão. A instituição hospitalar surgiu no lugar de um campo social totalmente aberto ao olhar,

como sonhado pela medicina durante a Revolução francesa¹⁶. Esse espaço binário (dentro-fora) marcou o cuidado de si moderno doando-lhe referências sólidas implicando a divisão dos indivíduos segundo referências corporais: normais-anormais, saudáveis-doentes. Definiu também o espaço da circulação dos corpos nas cidades, e a atenção que o Estado deveria ter em relação aos cidadãos no exercício de governo. Estar no interior ou não de um Hospital, residir em uma determinada área da cidade, ser cidadão de um determinado país: toda essa série de pertencimentos espaciais implica um regime diferenciado de cuidado com o corpo, um investimento bio-político, onde as intervenções são feitas em nome da saúde.

Atualmente, tais referenciais espaciais mostram-se menos nítidos quando o corpo genético entra em cena como peça central da atenção bio-médica. As práticas aí envolvidas se referem a predisposições, adoecimentos potenciais, possibilidades, probabilidades, um vocabulário em que se especifica mais o tempo do que o espaço. Sinal de que muito provavelmente a geografia específica do cuidado esteja se tornando confusa, onde não se pode mais facilmente discernir entre o dentro e fora institucional, urbano e nacional. Afinal, a preditividade implica um cuidado extenso, mas sem fronteiras bem definidas: “em todo lugar e quanto antes melhor”. Essa crise da dimensão espacial pode ser examinada através de tecnologias políticas extra-territoriais, crono-políticas que ao invés de dividir o espaço, o atravessam, elegendo o tempo como domínio a ser especificado.

¹⁶ Foucault (2004) considera o projeto do girondino Lanthenas de Higiene urbana como “um sonho de uma cidade em festa, de uma humanidade ao ar livre, em que a cidade está nua e a idade não conhece inverno” (p. 37), onde a medicina eliminaria todas as doenças e sua própria existência. Sobre o tema de um espaço indefinidamente aberto aos corpos livres e saudáveis, ver Sennett (2003, p. 241-244)

Capítulo II

Regime de visibilidade atual: Espaço liso e campo de possibilidade

No capítulo anterior, tentamos mostrar de que forma o olhar encontrou bio-politicamente o corpo, colocando o sofrimento físico sob exclusiva jurisdição médica. A atenção da medicina avançou sobre o espaço do corpo, bem como tomou o espaço hospitalar e urbano: como resultado dessa insistência sobre o território a terapia se tornou regida por um jogo de aproximação e distanciamento. Por exemplo, era no leito hospitalar que se observava o doente e se classificava sua doença. Tendo restaurado a saúde, a luz do poder o liberava de seu foco, tornando-o anônimo, menos particularizado em relação ao momento em que se encontrava no interior do hospital. O sofrimento clamava a aproximação médica, sua diminuição implicava em afastamento.

No entender do médico e biólogo François Jacob, esse jogo de proximidade e distância está sendo cancelado pela possibilidade de diagnosticar riscos genéticos, onde informa-se a propensão ao adoecimento e não mais o adoecimento em si.

“Até aqui, o médico chamado à cabeceira do doente fazia um diagnóstico, a partir do qual tentava prever a evolução da doença, sob a forma de prognóstico. Agora ele procura avaliar a estrutura dos genes, as tendências, as predisposições e, a partir delas, prevê o futuro estado de saúde” (JACOB, 1998, p. 103).

Quando o futuro estado da saúde é o foco do tratamento, trata-se de avaliar não somente transtornos nos quais a determinação genética é imperiosa, mas também as predisposições hereditárias a transtornos comuns como diabetes, depressão, câncer e problemas cardiovasculares. Nesse caso, não se pode dizer que há cura, pois não há ainda sofrimento atual, mas apenas seu estado provável, que deve assim permanecer se a predição for bem efetuada. Trata-se de tornar o sofrimento um estado raro, cada vez mais afastado do cotidiano dos indivíduos, vasculhando doenças potenciais. Ruffié (1993), ao longo de sua obra “La naissance de la médecine prédictive”, enfatiza repetitivamente esse ponto: “a

medicina preditiva não tem por alvo curar doentes, mas de manter os sujeitos em boa saúde” (p. 74).

Na perspectiva do autor, a tendência de mapear riscos genéticos¹⁷ é uma das vertentes principais da prática médica contemporânea e abre espaço para que os indivíduos gerenciem sua saúde do mesmo modo que estão já acostumados a fazer com relação a seu patrimônio imobiliário. Caso o autor esteja com a razão, a lógica do olhar, tal como viemos analisando até aqui, sofre alterações significativas. Se o olhar biopolítico se tornava cada vez mais apurado e minucioso quanto mais visível fosse o sofrimento, como o material hereditário pode ser foco de interesse se nessa escala molecular não há ainda sintoma e, portanto, dor?

Por um lado, não há dúvida que as linhas bio-políticas se mantêm, pelo menos, de forma geral. Lembremos que seus princípios formam-se na passagem entre “causar a morte”/“deixar a vida” para “causar a vida”/“devolver à morte” (FOUCAULT, 2005a, p. 130). O diagnóstico dos riscos genéticos segue essa última proposição, almejando a expansão do prazo de vida pela administração cuidadosa das doenças possíveis; intrigante é que sejam iluminadas condições normais, sem patologia. Tentaremos dar sentido a esse investimento bio-político, que dispensa a manifestação do sofrimento, a fim de entender como funciona o olhar contemporâneo. Tal olhar, ao se entregar à exaustiva busca das propensões genéticas, passa a manejar o tempo sem estar preso às repartições binárias do espaço que garantiram que até aqui o tratamento médico se detivesse em parte significativa sobre o leito do doente.

¹⁷ A medicina tem estreitado seus laços com a nova disciplina da genômica, que abrange os estudos da genética clássica, mas com acesso direto ao material hereditário e pesquisando fenômenos mais complexos em que estão em jogo diversos genes e fatores ambientais. O campo da medicina genômica abarca uma dimensão preditiva, onde as predisposições genéticas de cada indivíduo são relacionadas com moléstias comuns, tal como diabetes e hipertensão. Falaremos da medicina genômica mais à frente.

2.1 Interface e deslizamento

Antes de 1846, quando a anestesia foi inventada, a cena cirúrgica era marcada pela exposição da dor. Pode-se imaginar alguma semelhança entre esse universo de sofrimento e aquele dos suplícios, castigos terríveis impostos aos criminosos que foram substituídos na era moderna pelo enclausuramento disciplinar (SANT'ANNA, 2001). Desde essa invenção, o acesso ao interior do corpo deixou de ser pontuado pelo aumento da dor. À anestesia se seguiram técnicas, como os raios X e o eletrocardiograma, que permitem que se acessem ritmos e porções orgânicas interiores sem seccionar o corpo, diminuindo o contato entre os instrumentos médicos e a profundidade corporal. Hoje já são feitas cirurgias computadorizadas que procedem segundo um tipo de exposição do corpo inteiramente distinto da clínica moderna. Se Bichat criou o campo ótico moderno propondo que se abrissem alguns cadáveres, hoje é possível visualizar a profundidade orgânica através de procedimentos que dispensam os instrumentos da autópsia. Trata-se de ver o interior do corpo simplesmente sem abri-lo, refletido em imagens projetadas na superfície de monitores.

Assim como as porções e movimentos recônditos do organismo são vistos e transpostos em superfícies, como a tela de um ultra-som, os corpos adestrados no interior das instituições modernas transpassaram essas bordas, tornando-se progressivamente móveis. Não que o espaço moderno tenha sido delimitado de modo a apenas cercear o movimento: pelo contrário, as ruas e avenidas das cidades no século XIX foram construídas segundo uma lógica que propõe que a saúde da cidade seja equiparada à circulação e troca de um sistema vivo com seu meio exterior (SENNET, 2003). Entretanto, o desenvolvimento dos veículos automotores doou às delimitações espaciais modernas um sentido mais individual, no qual as direções a serem seguidas se multiplicam de acordo com princípios fluidos como o prazer e a espontaneidade. Se as ruas e avenidas foram

intencionalmente dispostas no sentido de construir uma saúde pública, o aumento da velocidade de circulação dos indivíduos procedeu segundo um princípio mais privado, levando-os a permanecer em perpétua passagem.

Para Bauman (2001), a construção de veículos mais potentes que os músculos humanos e animais transformou o espaço num importante vetor de conquista política. A revolução técnica dos transportes se encontrou com a História moderna, na medida em que “quem viajasse mais depressa podia reivindicar mais território – e controlá-lo, mapeá-lo e supervisioná-lo – mantendo distância em relação aos competidores e deixando os intrusos de fora” (idem, p. 130). De certa forma, na era moderna, o sujeito torna-se histórico na medida em que pode se deslocar. Sua mobilidade procede segundo etapas: inicialmente, trata-se somente de acelerar, de mover-se, mas logo em seguida, é importante que a velocidade seja diminuída para que o espaço possa ser organizado. A modernização das escolas e hospitais, por exemplo, seguiu esse princípio. Tais instituições tiveram que sofrer reformas em seu espaço e em sua administração ao assumirem encargos técnicos ao invés de religiosos. Após a consolidação dessas reformas, o movimento de transformação inicial é freado, sendo sucedido pela formação de rotinas. Por isso, o espaço na era moderna é um elemento onde a aceleração ocorre, mas que sustenta uma resistência, impedindo que a vida cotidiana se torne uma perpétua corrida. Há locais definidos: sabe-se de onde se está saindo e para onde se vai. A abertura do espaço moderno não é total, pois abriga metas que expressam um certo limite à aceleração, moldando um tempo histórico com direção definida.

A rapidez dos meios de transporte, bem como dos meios de comunicação, no entanto, vieram superar com progressiva facilidade a resistência do espaço ao consumir vorazmente distâncias. As estratégias bio-políticas vêm dispensando os locais fechados, investindo sobre os corpos em sua transitoriedade, em sua passagem. Sant`Anna (2001) observa que já

no início do século XX uma paixão pela velocidade teria se tornado evidente, paixão esta que modificaria a dinâmica dos corpos e sua relação com o sofrimento. Segundo a historiadora, ainda que estranhasse a presença do automóvel em 1908, a população paulistana não deixou de celebrar a vitória de Sílvio Álvares Penteado na primeira corrida de automóveis e motocicletas da América do Sul. A visão do automóvel concedeu materialidade ao direcionamento do tempo histórico, de modo que o progresso nacional foi comparado à velocidade desses veículos. As formas aerodinâmicas penetraram também no ínfimo do cotidiano, relacionando saúde e beleza à leveza e fruição. Os médicos passaram a contestar o uso de roupas pesadas, como espartilhos e chapéus, e de penteados complicados, recomendando regimes e roupas que permitissem a aceleração das funções orgânicas. A beleza, assim como os carros, passou a atender princípios aerodinâmicos, ostentando juventude e agilidade.

Os corpos belos, a serem vistos, eram aqueles mais aptos a se deslocar, a deslizar pelas superfícies urbanas. Corpos não somente sem adoecimento, mas explosivos, repletos de vitalidade. Tais parâmetros colidem com a exposição da dor que anúncios publicitários de remédios divulgavam no Brasil entre 1890 e 1920, através de “diversos desenhos e fotografias de rostos crispados pela dor, pernas, úteros, ventres, enfraquecidos por feridas e outros males” (SANT’ANNA, op. cit. P. 38). O acesso progressivamente indolor ao interior orgânico, iniciado com o uso da anestesia, converge com esse movimento de liberação do corpo do interior institucional. Trata-se em ambos os casos de ocultar a dor, dando destaque à leveza da superfície orgânica vista na tela de um computador ou em deslize pelos espaços urbanos. O corpo observado aqui não é aquele cujo interior se desdobra segundo um jogo

de invólucros¹⁸, mas uma interface, onde o profundo muitas vezes se confunde com o imediatamente visível.

Contudo, os corpos e os veículos aerodinâmicos ainda eram observados com certa estranheza no início do século: eram “coisas de outro mundo” e não de nosso mundo cotidiano. Outros vetores, que exigem aceleração e invisibilidade à dor devem ter entrado em cena para que o olhar biopolítico almejasse indivíduos ainda sadios e doenças apenas potenciais. Vaz (2006) observa que, por volta de 1960 surge um novo tipo de exigência ao corpo, promovida pelo avanço da produção econômica. Na maioria dos países capitalistas, a produção teria se tornado tão abundante que a questão principal agora é fazer com que se consuma, ampliar as necessidades através de estimulações cada vez mais intensas ao aparato sensorial humano. E consumir aqui significa acesso ao prazer; mais do que conservar ou restaurar a saúde, do que satisfazer necessidades, tais como se vestir ou alimentar-se, essa experiência é fundamentalmente um apelo sensorial feito a partir da exibição de imagens e sons que se sucedem rapidamente com o intuito de sedução.

Essa nova era do consumo¹⁹ é marcada também pela ênfase na vitalidade dos corpos. Não apenas consumimos objetos que nos dão prazer, mas temos em nossos corpos uma fonte de sensações, o que faz com que o próprio organismo torne-se uma mercadoria: “o corpo consome principalmente a si próprio”, formula Vaz (idem, p. 43). A indústria cosmética, bem como a da moda, do entretenimento e da gastronomia, por exemplo, proporcionam os meios necessários ao gozo pleno dessa “mercadoria”, criando universos

¹⁸ Em o Nascimento da clínica, Foucault (2004) afirma que o saber clínico se “desenvolve por um jogo de invólucros” (p. 183). Interessante notar que a frase no texto original, “le savoir se developpe pour un jeu d’enveloppe” (FOUCAULT *apud* REID, 1992, p. 119), sugere um movimento de desdobramento, onde a explicação clínica é comparada à exposição de uma profundidade. Trata-se de entender o fenômeno mórbido, originalmente complexo (*com-plicado*), através da abertura do corpo e da análise dos tecidos (*ex-plicando*).

¹⁹ Segundo Costa (2004), o diferencial de nossa sociedade em relação ao consumo dos objetos reside nos ideais de felicidade que suscitam. Enquanto a modernidade estava pautada no valor emocional dos objetos, naquilo que significavam e traziam do passado, hoje estaríamos ávidos por sensações e excitações rápidas trazidas por objetos doces, entre os quais constam drogas, medicamentos e alimentos energéticos.

repletos de cores, odores, gostos e sons, nos quais é possível imergir por breves ou, se possível, prolongados instantes. No entanto, se faz necessária a boa conservação do “canal” que nos conecta a esses universos, pois diminuindo a recepção dos estímulos perde-se também o prazer. Por este motivo, é interessante existir, não somente técnicas de estimulação, como o marketing, mas também práticas que preservem a abertura do sistema perceptivo a novos estímulos. Faz-se necessário um cuidado com o corpo, um sistema normativo cuja meta é impedir um desgaste comprometedor da continuidade do consumo. Evitar, enfim, que o prazer comprometa o prazer.

Partindo desse argumento, pode-se atribuir um sentido estratégico ao esforço preditivo das práticas bio-médicas. Dirigindo-se aos indivíduos sãos e não mais aos doentes, aos riscos genéticos e não mais às doenças, busca-se um amplo manuseio de empecilhos à excitação e velocidade, como é o caso dos estados patológicos, durante os quais há um afastamento dos estímulos exteriores e voltamos a atenção para nós próprios. Canguilhem (1995) nos lembra que na dor, na doença, as relações com o meio são perturbadas e percebemos com maior acuidade a existência de nosso corpo, rompendo “o silêncio dos órgãos” que caracteriza a saúde. Há, portanto, um isolamento do mundo exterior reforçado pelos procedimentos hospitalares que desde a era moderna, colocam o doente sob uma rotina ascética, em um meio purificado o máximo possível. No entanto, para conectar, com poucas interrupções, nossos corpos aos estímulos exteriores, o arsenal biopolítico moderno, com seus métodos de percussão, auscultação, isolamento hospitalar e geográfico, mostra-se pouco eficaz. Mais interessante seria ir até a constituição dos fenômenos mórbidos antes mesmo que estes pudessem emergir, perseguindo-os numa dimensão molecular e apenas provável, para precisar no ainda invisível uma ameaça a ser evitada. Um olhar sobre o futuro, *pré-visão*, é exigido.

Consoante à transformação das profundidades orgânicas em fenômenos acessíveis em seu processo de constituição, a questão biopolítica em relação à saúde talvez se traduza agora como cruzada da atenção médica contra a manifestação da doença, resumindo-a a um estado patológico puramente possível. Luta que é mobilizada a partir do universo valorativo pertinente à incitação do consumo. A questão é manusear nosso ““orçamento de saúde” e garantir sua auto-gestão, da mesma forma que gerimos nosso patrimônio imobiliário”, diz Ruffié (1993, p. 75). Como empresários de nosso próprio corpo, poderemos ampliar o prazo de vida, na medida em que os estados patológicos forem mantidos afastados. Se a visada biopolítica atual busca um perpétuo recuo do sofrimento, desfaz-se o jogo de aproximação e distância segundo o qual a terapêutica procedia. Dessa forma, a ênfase no prazer e aceleração dos corpos estaria criando uma configuração particular para o sofrimento, tanto em relação ao espaço, quanto em relação ao tempo, que cabe ser investigada.

2.2 Espaço liso e campo de possibilidade

Uma crise nas delimitações espaciais é admitida por Deleuze (1992), em texto clássico sobre as mutações das sociedades modernas. O estado crítico se opera no fechamento espaço-temporal das instituições e pode ser experimentado na incerteza entre o estar dentro e o estar fora de seus limites. Não sabemos mais onde estamos: se no interior de uma escola ou de uma empresa, mas também, se em algum momento saímos de alguma dessas instituições, na medida em que se trabalha ou se estuda nos intervalos de tempo antes reservados ao lazer e à criatividade. Os corpos a serem moldados não o são necessariamente a partir de sua presença física, mas por representação imagética, cifra ou sinal, formatos estes para os quais contribuem as inovações nas ciências e tecnologias da vida e da informação.

Bastante notáveis são as repercussões sobre a medicina e o modo de suas práticas regularem a saúde. Em primeiro lugar, a presença do médico, até então requisitada para o cuidado com o corpo, vem sendo dispensada em prol da dimensão preventiva do tratamento. Nesse caso, a atenção médica atravessa os limites arquitetônicos que foram erigidos para que a observação clínica adquirisse rigor. Trata-se de atuar à distância, de fazer com que uma espécie de cuidado com o corpo não esteja mais restrita ao interior institucional, mas seja moldado através de elementos de fácil acesso, como por exemplo, informações sobre a saúde veiculadas em diferentes mídias ou instrumentos médicos simplificados para comercialização (VIGARELLO, 1999). De certo modo, pode-se dizer que a saúde flui midiaticamente em um espaço liso e livre de divisões binárias.

Ainda seguindo a intuição de Deleuze, pode-se dizer que a topologia do cuidado foi modificada com a possibilidade de iluminar o corpo em sua dimensão molecular, na qual são mapeadas as suscetibilidades individuais. Se antes a iluminação biopolítica funcionou por repartições nítidas no interior hospitalar, no próprio organismo e no espaço urbano, presencia-se uma crise em todas essas distinções. Algumas reverberações desse fenômeno podem ser listadas. O interior e o exterior corporal conhecem sobreposições, na medida em que a pele, ou o cabelo, podem expor nossa identidade profunda biológica: o material genético, através do qual um indivíduo pode ser identificado. Alguns hospitais importaram características arquitetônicas de outras instituições, passando a exibir em seus interiores jardins artificiais, quadros, televisão e até mesmo cabeleireiros (SANT'ANNA, op. cit.). As preocupações atuais com a dieta indicam, de certa forma, a criação de uma zona de indistinção entre alimentação intra e extra-hospitalar (VAZ, op. cit.). No campo da Higiene, Armstrong (1995) detecta uma expansão dos setores onde são vigiados os perigos, de forma que estes acabam não se limitando mais a um setor urbano, mas estão em todo lugar. Os locais de emergência desses fenômenos estão se tornando porosos e suas delimitações

fluidas; se o espaço moderno pode ser considerado “estriado” ou binário, o espaço contemporâneo é “liso” (DELEUZE, op. cit.).

Pesquisadores das recentes modificações urbanísticas, como Virilio (1995; 1996) reforçam a tese de que o espaço disciplinar está sendo atravessado por investimentos extra-territoriais²⁰, que destacam a dimensão temporal: “o último poder seria então mais o da antecipação que o da imaginação, até o ponto em que governar *seria apenas* prever, simular, memorizar as simulações” (idem, 1995, p. 129). Esse investimento não seria acidental; o autor insiste numa consistente articulação entre crise do espaço e a emergência de modos de governo da subjetividade fundados na antecipação. Entendendo que os vetores que conduziram a modernidade são de ordem técnica e ligados à aceleração, Virilio (1996) caracteriza a História pelo aumento da velocidade, onde todos os circuitos de contenção são progressivamente tomados e desregulados. Assim aconteceu no decorrer da civilização em relação às aldeias, fortificações e cidades, cujo poder de concentração de indivíduos e de instituições foi abalado pela crescente velocidade dos meios de transporte e, mais recentemente, pelas tecnologias da informação e comunicação que aproximam e conectam todos os lugares.

O vetor técnico não incide somente sobre territórios, sobre ruas e instituições, mas se aplaca sobre a fisiologia humana, tomando-a como “veículo metabólico” de uma política baseada na velocidade. Como resultado dessa articulação entre o espaço físico e o orgânico, os corpos são submetidos a grandes transformações à medida que as distâncias físicas são encurtadas. Nas grandes cidades modernas, onde ruas e avenidas permitem uma rápida circulação de indivíduos e veículos, tais transformações irão se intensificar. Ao mesmo tempo em que os indivíduos são expostos a uma grande quantidade de estímulos, ampliando o papel do sistema perceptivo, outras funções serão menos estimuladas, caso da

²⁰ Cf também a introdução de Modernidade líquida do sociólogo Bauman (2001)

locomoção, função melhor executada pela velocidade do automóvel. Desse modo, a necessidade de estimulação irá se expandir em relação direta com a inércia permitida na vida urbana, engendrando hábitos como o uso de excitantes artificiais, como álcool, café e fumo (VIRILIO, 1995).

Nesse argumento, a acentuação do consumo nas sociedades contemporâneas pode ser relacionada à velocidade dos veículos e transmissão de informações. Desde a era moderna, nossos corpos recebem determinadas próteses que os tornam mais velozes: ao nos movimentarmos através de automóveis, nos tornamos seres um pouco naturais e um pouco artificiais. Surge a questão de como mantê-los em funcionamento; como sua função está em parte devotada à obsolescência, meios compensatórios para o sedentarismo são exigidos. Dentre estes, pode-se destacar atividades inerentes à existência urbana e moderna que buscam o prazer, como o consumo de substâncias estimulantes, bem como a frequência de lugares repletos de sons, gostos e imagens que se alternam rapidamente, como eram os boulevares parisienses no século XIX. Passar diante de objetos atrativos ou por pessoas que se deslocam rapidamente passou a ser uma atividade cotidiana, na qual os indivíduos podiam se sentir mais vivos, mais intensos.

Quando as cidades são definidas por seus locais de reunião e concentração, o consumo se dava prioritariamente como uma atividade entre um sujeito perceptivo e objetos exteriores. O prazer desse encontro envolvia a alternância entre um estado de repouso, ligado a espaços como a casa e o hospital, e um estado cinético, ligado a espaços como as ruas e avenidas, onde os estímulos sensoriais se multiplicavam. Quando as cidades são definidas pelos seus locais de passagem, como os aeroportos e pedágios²¹, os corpos não se alternam tanto entre repouso e movimento, permanecendo céleres. Para a obtenção de prazer, os estímulos teriam que ser ampliados em intensidade e quantidade, tornados fortes

e facilmente disponíveis, de preferência, atendendo à própria mobilidade dos corpos. Sant`Anna (2001) observa que a mobilidade e prazer vem se fundindo na indústria do turismo, alçada a uma das principais fontes de renda no comércio internacional. Mesmo quando imóveis em frente a uma tela, prossegue a historiadora, os indivíduos extraem prazer do zapping, ou seja, de uma espécie de turismo pelos diferentes canais televisivos. Nesse caso, a obtenção de prazer está mais ligada a uma constante aceleração do que à alternância entre repouso e movimento. Trata-se de um modo de “vida zapping”, onde a estagnação não é permitida nem quando se está inerte.

Assim, as diferenças entre estar em repouso domiciliar e estar em tráfego turístico são diminuídas. Em tal situação, onde estamos sempre em passagem, sem origem e finalidade bem definidas, em que ocupamos um espaço que desliza o tempo todo, o tempo aparece como problema fundamental. A começar pelo ritmo orgânico, marcado pelas constantes interpelações dos apelos ao consumo; para respondê-los é necessário estar à altura da velocidade em que a informação e a paisagem se modificam. E para tal meta, não basta que os tecidos e músculos sejam talhados externamente como até agora foi feito pela biopolítica: além de interferir sobre o ritmo fisiológico, seria interessante um acesso cada vez mais recuado à dimensão biológica, seja para acelerá-la ou para fazer reparos sobre o desgaste que a aceleração produz. Por exemplo: não somente afetar o ritmo do coração, mas substituí-lo por um marca-passo; não apenas tratar de uma doença no nível do seu órgão afetado, mas em sua inscrição genética.

Trata-se aí de uma visada biopolítica capaz de atuar nas mais diversas dimensões do cotidiano, independente do local em que os corpos estão inseridos, promovendo um olhar sobre a dimensão temporal do sofrimento. Além do corpo dissecado ou privado de estímulos na instituição hospitalar, o tempo genético tende a se tornar objeto de atenção. Por isso, os estados visados pela bio-medicina contemporânea são além daqueles ligados a

patologias localizáveis no corpo, também o campo de possibilidade dessas patologias: “daqui em diante, os seres e as coisas não são nada mais do que CAMPOS, e o real, uma REDE única” (VIRILIO, 1995, p. 113) Enquanto campos de possibilidade, os estados patogênicos concebidos como riscos genéticos passarão a ser mais iluminados do que sua manifestação concreta, não importando muito em que localidade se dá a iluminação. *Espaço liso e campo de possibilidade*: dentro dessa configuração espaço-temporal, estamos passando a entender e atuar sobre o sofrimento.

Para melhor demarcar o sentido do atual regime espaço-temporal, seria interessante buscar uma definição para os dois termos. Vimos que Deleuze sugere que a experiência contemporânea está imersa em uma crise generalizada das instituições disciplinares, onde o espaço fechado regulado por rotinas temporais abre-se para um regime mais flexível, bem como interminável, de produção e consumo. O filósofo nomeia espaço liso, esse novo plano onde os corpos são afetados e modulados. Buscando dar maior rigor a essas breves indicações, Michael Hardt (2000) aponta na sociedade de controle uma lógica de micro-conflitualidades. Ao contrário de Virilio, o pensador americano define o espaço liso não tanto pela homogeneização dos lugares, mas pela substituição de grandes conflitos, organizados segundo uma topologia dividida entre interiores e exteriores, por um campo de imanência submetido a uma crise perpétua. Seus princípios estão ligados ao aparecimento de regimes políticos e econômicos globais. Enquanto na era moderna, sustentou-se uma certa contradição entre a soberania do Estado e o capitalismo, os conflitos apareciam de forma mais nítida, designando uma esfera pública e outra privada, por exemplo. O surgimento do que o autor chama de mercado mundial implica a passagem de grandes oposições para conflitos que se espalham em todo terreno social. De fato, ainda existem desvios, situações atípicas que o poder pretende ordenar, mas não há identidade fixa que

situe determinados indivíduos em relação à norma. Ao mesmo tempo, existiriam mais fenômenos a serem ordenados e menos padrões fixos.

Essa perspectiva nos parece mais interessante do que a de Virilio, por enfatizar uma tópica própria aos valores que organizam as decisões individuais. O espaço liso seria regido por uma relação de autoridade diferenciada, onde a oposição entre normal e patológico se enfraquece, e os indivíduos são alocados em termos de graus de diferença. Rose (2007) aponta em vários campos da bio-medicina a presença dessa lógica, onde a autoridade médica ao invés de tomar o corpo do indivíduo sob sua guarda, delega a responsabilidade de decidir sobre a vida ao próprio paciente.

Essa perspectiva é também interessante para definirmos *campo de possibilidade*. Ao destacar o ritmo como objeto de intervenção do poder, Virilio afirma que as biotecnologias e biociências abolem o trabalho necessário à modificação dos afetos e da forma física. Ao invés de refletir, hesitar ou decidir, um aparato técnico interviria diretamente sobre o si. Não existiria campo ético para o poder, portanto. Na linha investigativa que estamos seguindo, poder e sujeito estão entrelaçados; tratamos de estratégias que pressupõe uma certa liberdade de escolha. Dentro dessa linha, Rose (2007) destaca que as investigações genéticas contemporâneas deslocaram-se do determinismo, preocupando-se mais com as interações entre diversos genes, bem como entre genes e fatores extra-celulares. Ao tratar das propensões genéticas, ao invés das determinações, o olhar sobre o tempo seria marcado pela incerteza que convoca a decisão. Nesse aspecto, o campo de possibilidade da doença está ligado a um plano de valores segundo os quais os indivíduos decidem sobre sua vida em escala molecular²².

2.3 O tempo da biopolítica moderna

²² Esse aspecto ético será explorado nos dois próximos capítulos.

Antes de especificar os procedimentos da iluminação molecular do corpo, cabe questionar o quão inédito é o investimento biopolítico sobre o tempo. Não é a modernidade, a era da reflexão histórica, em que as sociedades e os indivíduos experimentam suas vidas como processo e evolução? Na clássica análise de Koselleck (2005), a modernidade se desenrola a partir do confronto entre a normatividade da tradição e a constante produção de inovações. Vive-se um regime de incerteza, no qual o conhecimento adquirido recentemente ou por gerações anteriores torna-se obsoleto em face de novas situações e problemáticas. O presente é experimentado como crise, instância onde o inesperado se apresenta e da qual emanam impulsos de invenção. O futuro aberto, tal como um horizonte a ser explorado, concerne então a uma experiência propriamente moderna.

No âmbito biopolítico, no qual os corpos estão articulados a vetores econômicos, políticos e técnicos, a experiência moderna do tempo pode ser remontada tanto à medicina clínica fundada na anatomia-patológica (FOUCAULT, 2004), quanto às técnicas disciplinares (idem, 2001). A temporalidade com a qual a anatomia patológica de Bichat está relacionada é a da degradação, processo inexorável à vida e do qual a doença é uma manifestação. Ao admitir que esse processo é constituinte da vida, Bichat e seus sucessores assumem, ao mesmo tempo, que este pode ser adiado. Através da leitura das lesões orgânicas, o cadáver informa uma verdade sobre a doença, permitindo que a medicina acumule conhecimentos e construa técnicas terapêuticas. Conhecimento que dota a medicina com uma capacidade de cálculo sobre o futuro, podendo inferir a partir dos sintomas visíveis o futuro da doença. Essa antevisão se assemelha à iluminação dos riscos genéticos, mas não coincide totalmente, pois mesmo que exista lesão dos órgãos sem manifestação sintomática, trata-se de patologias momentaneamente invisíveis que, cedo ou tarde, irão se expressar. O que está em jogo na anatomia patológica é uma visibilidade que

se propaga na espessura, do interior para o exterior orgânico, enquanto o terreno preditivo antecipa aquilo que ainda não existe, trafegando entre o possível e o provável.

Enquanto, o corpo da clínica moderna se dirige para a morte, o corpo observado em instituições pedagógicas e militares ruma para o aperfeiçoamento. As reformas pelas quais estas instituições passam no decorrer dos séculos XVII e XVIII são feitas buscando equipá-las de técnicas, cuja finalidade é a construção de um indivíduo apto para determinadas funções ou dotado de conhecimentos bem consolidados. A estratégia fundamental procede separando um tempo de aprendizagem de um tempo no qual os ensinamentos estão estabelecidos. A partir de uma formação sucessiva e assistida, promove-se a progressão do indivíduo segundo séries compostas por exercícios repetidamente executados. Trata-se de aqui atuar sobre um conjunto de habilidades que se manifestam ao olhar, conjunto, que apesar de sofrer modificações no decorrer do tempo, pode e deve ser exposto.

Mais assemelhados aos nossos dias, outros procedimentos modernos basearam-se na antecipação e previsão, nos quais os fenômenos visados não precisavam já ter se manifestado. Esse é o caso do regime de atenção contínua implementada sobre os corpos das crianças e das mulheres no decorrer do século XIX (FOUCAULT, 2005a). Corpos frágeis, suscetíveis a influências externas ou endógenas de uma sexualidade insistente, pouco domesticável que solicita um trabalho civilizatório perpétuo e minucioso. Inspeccionavam-se desvios da sexualidade, como a histeria, tentando regular a conduta erótica no sentido da reprodução, assim como o corpo infantil, remetido a uma intensa suscetibilidade a desvios capazes de produzir futuros transtornos mentais.

Se esses indivíduos deveriam ser cuidados, outros deveriam ser isolados, não tanto pela sua fragilidade, mas pela sua periculosidade. Certos doentes mentais, como os perversos instintivos, monômanos e psicopatas, eram percebidos pela psiquiatria como indivíduos suscetíveis a realizar um ato tanto imprevisível quanto violento. Mesmo que jamais

tivessem exibido esse tipo de comportamento eram tratados sob a perspectiva de que seu comprometido auto-controle oferecia riscos à ordem social. Seja pela fragilidade ou pela periculosidade, crianças, mulheres e doentes mentais não precisavam exibir comportamentos desviantes²³ antes de serem tomados em um regime de constante atenção.

Um dos modos de aplacar as ameaças envolvidas no comportamento desses indivíduos frágeis era de ordem disciplinar, tornando seu comportamento visível a partir da divisão binária do espaço. O instrumental da vigilância procede nesse caso com grande apoio do urbanismo. Foucault (2004) oferece um exemplo de estratégia ligada ao advento das cidades operárias no século XIX, na qual os indivíduos são dispostos de forma a induzir pelo recorte espacial da cidade, das ruas e casas uma vigilância espontânea. O meio urbano e o organismo são articulados e reformulados simultaneamente, tornando as secreções e excreções corpóreas elementos controláveis do ambiente, espécies de fluxos equiparados à água e ao ar. (FOUCAULT, p. 299). Através de regras higiênicas, os corpos são separados entre si e do meio considerado impuro, “monitorando-se a passagem de substâncias como ar, água, fezes e esperma através das fronteiras do corpo” (OGDEN, 1995, p. 413).

Em relação aos indivíduos perigosos, Castel (1987) nota que o regime de controle sobre seus corpos não conheceu grande expansão. Segundo o autor, indivíduos considerados perigosos eram, eventualmente, controlados por ações como esterilização e enclausuramento preventivo. Demasiadamente violentas, essas técnicas iam contra a modelagem da conduta pelo olhar, ferindo os parâmetros biopolíticos segundo os quais a existência somática é estimulada e a morte entra em cena apenas por abandono. O pleno desenvolvimento das técnicas preventivas teria se dado a partir do uso da estatística em favor da construção de perfis de indivíduos ou de populações que devem ser mantidos sob

²³ Em relação aos doentes mentais, o desvio da normalidade psíquica autorizava uma inferência sobre um ato futuro de agressividade

atenção contínua. Segundo Aronowitz (1998), um marco fundamental dessa mudança no campo da saúde encontra-se nos estudos epidemiológicos sobre doença cardíaca coronariana. Uma longa pesquisa iniciada em 1948 com a colaboração entre Departamentos e serviços de saúde americanos resultou no estabelecimento de fortes correlações entre fatores como hábitos tabagistas, pressão sanguínea, taxa de colesterol e de glicose e o desenvolvimento dessa patologia .

As estimativas estatísticas de risco²⁴ ofereceram uma objetividade não existente na noção de periculosidade, ausência que embaraçava esta última categoria com um excesso de poder, onde a vontade pessoal do médico poderia ser confundida com seu trabalho profissional. A partir de técnicas estatísticas tornou-se possível articular uma ampla gama de fatores e comportamentos, estimando o aparecimento de eventos, como uma doença ou uma conduta, ainda não manifestos. Por isso, Castel enfatiza o caráter probabilístico e impessoal doado pela categoria de risco ao olhar bio-político:

“um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados gerais impessoais ou *fatores* (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis” (CASTEL, 1987, p. 125).

Segundo Armstrong (1995), as atuais técnicas de antecipação, no tocante à saúde, encarnam-se em preocupações relativas ao estilo de vida e aos perigos ecológicos. São preocupações destituídas de referencial espacial preciso, onde as ameaças aparecem dispersas por todas as dimensões do cotidiano. A noção de estilo de vida envolve uma série de fatores, como por exemplo, dieta, exercícios, tabagismo, que designam de forma geral hábitos individuais em relação ao corpo. São ameaças potenciais e sem local definido,

²⁴ A noção de risco, por deter importância estratégica para a constituição da subjetividade e acolher distintas definições, requer tratamento mais detalhado, que lhe será dado no próximo capítulo.

assim como as ameaças ecológicas, ligadas a redes causais, onde se cruzam diversos eventos, naturais e culturais, tão díspares quanto de difícil previsão. Ao contrário da vigilância imputada na modernidade a alguns indivíduos em especial²⁵, como as crianças e as históricas, essas preocupações podem se articular a uma gama muito mais ampla de agentes sem definição e localização específicas. Como medida preventiva, não se trata de isolá-los em casas, cômodos ou instituições, mas de possibilitar o ajuste entre um sistema de regras ao dinamismo dos corpos contemporâneos. Para os corpos velozes, espaços e ameaças sem fronteiras. (VAZ, 2006; BAUMAN, 2001).

2.4 Dissecando o tempo

Ao mesmo tempo em que a patologia transborda do interior corporal e se dilui no meio exterior sob a forma de ameaças potenciais, uma forte tendência na medicina contemporânea detém-se nas variações individuais da receptividade a tais ameaças (ROSE, 2007). Um eixo temporal é introduzido em relação ao corpo: trata-se do tema da suscetibilidade, da pré-disposição ao adoecimento. A genética tem fornecido ferramentas para compreender melhor uma dualidade há muito pesquisada entre *fatores exógenos* do adoecimento, como alimentos, venenos, vírus, e *fatores endógenos*, classificados de forma genérica como terreno ou predisposições ao desenvolvimento de patologias (JACOB, 1998). No campo da epidemiologia do risco, por exemplo, é possível observar que alguns indivíduos, apesar de acumularem o que se considera alto percentual de risco para câncer de pulmão, terminam não sendo acometidos pela moléstia.

Com o aprimoramento das técnicas de mapeamento do material hereditário, tais fatores endógenos aproximam-se da dimensão genética, permitindo uma aliança entre medicina e a

²⁵Entretanto, isso não impede que determinados indivíduos ainda sejam hoje objeto de maior suspeita ou atenção do que outros, como acontece, por exemplo em relação a jovens, em especial, jovens de classes economicamente desfavorecidas.

genômica. Ao contrário das pesquisas genéticas da primeira metade do século XX, orientadas pelos estudos de Mendell e de Morgan e voltadas para a relação entre uma doença e um gene, essa disciplina abarca também as interações entre diversos componentes hereditários. Nas palavras de dois membros do Instituto de pesquisa do genoma humano americano, Allan Guttmacher e Francis Collins (2004), “a genômica possui um maior e mais ambicioso alcance do que a genética. A ciência da genômica se baseia em acesso direto e experimental ao genoma total e se aplica a condições comuns, como câncer de mama e o colo-retal” (p. 3). Em franca expansão, o campo hoje conhece divisões entre um ramo *estrutural*, no qual é visado o seqüenciamento²⁶ da totalidade das bases nitrogenadas existentes no material hereditário de um organismo, e um ramo *funcional*, onde trata-se de entender como os genes agem e interagem produzindo efeitos em escala orgânica (KELLER, op. cit.).

A iluminação do corpo em escala molecular, através do recente mapeamento de todas as bases nitrogenadas do material hereditário e sua disponibilização em bancos de dados²⁷, aproximou mais intensamente a genômica e a medicina. O elo central articula ver a agir, criando o que o geneticista Victor McKusick denomina “uma anatomia do genoma humano”. Segundo o autor, uma grande reforma da medicina estaria sendo promovida não mais pelas localizações dos tecidos e órgãos, mas pelo mapeamento do material hereditário. Esse esforço não é exatamente novo, mas seu grau de precisão fornece subsídios para a fabricação de testes diagnósticos e terapias que atuam sobre a mera suscetibilidade genética, abrindo a dimensão do possível ao escrutínio médico. Nesse sentido, talvez possamos dizer que tal anatomia seria uma visualização não tanto do espaço corporal, mas do tempo, ou seja, das propensões ao adoecimento.

²⁶ Sobre a tensão entre mapeamento e sequenciamento do genoma, ver Rabinow (2002), p. 139-142.

²⁷ Procedimentos efetuados dentro do Projeto Genoma humano. Iremos abordá-lo mais à frente.

A história dessa nova anatomia tem como motor o aprimoramento da visualização do material hereditário (idem). Já em 1911, o daltonismo recebeu um substrato genético, um gene localizado no cromossomo X. Porém, esse estudo, assim como as pesquisas subseqüentes feitas até 1968 e publicadas na segunda edição do catálogo *Mendelian Inheritance in Man*, ainda não informavam com precisão a localização dos genes no cromossomo X. O quadro começa ser revertido nos anos 70, quando as pesquisas em biologia molecular e genética são amparadas por recursos biotecnológicos, tais como a síntese artificial de cadeias de DNA. De especial relevância para o conhecimento do código genético é o método criado por Fred Sanger em 1977, denominado ‘terminação de cadeia’²⁸. Esse método juntamente com a produção de marcadores de DNA, espécie de baliza genética empregada para que pontos ligados a doenças e demais traços fenotípicos fossem precisados, permitiram um avanço considerável no mapeamento do genoma. Oito anos após a invenção de Sanger, 700 doenças já estavam relacionadas a cromossomos, muitas delas remetidas a regiões específicas, incluindo a até então misteriosa doença de Huntington, transtorno mono-genético e com graves implicações degenerativas.

Em 1990 é lançado o Projeto Genoma Humano, consórcio entre centros de pesquisa localizados nos Estados Unidos, em alguns países europeus e no Japão, dando continuidade aos esforços anteriores de mapeamento, mas primando pela extensão e detalhamento. Durante 13 anos, diversos pesquisadores foram progressivamente percorrendo as mais de três bilhões de bases nitrogenadas do código hereditário humano, abrindo possibilidades de visualização e intervenção em nível molecular até então inéditas. Como os avanços na visualização do material hereditário tem produzido convergências entre medicina e genômica, a conclusão do Projeto ampliou as expectativas em torno de diagnósticos e terapias na escala da molécula e do gene. Tal encontro não apenas aprimora ou expande

²⁸ Para maiores detalhes, ver DAVIES (2001), p. 60-62

tendências já existentes na medicina, mas promete a exploração de áreas, se não inéditas, ainda pouco desenvolvidas. Um desses pontos, que cabe ser aqui ressaltado, se refere ao tipo de doenças abordado em escala molecular. Tradicionalmente, a medicina amparada pela genética trata de transtornos relativamente raros, em cuja determinação, um ou poucos genes atuam. A mudança se dá no foco: “de desordens individualmente raras, monogênicas para desordens comuns” (MCKUSICK, 2005, p. 2289). Assim, as técnicas de conhecimento e intervenção sobre a hereditariedade podem ter seu uso e importância ampliados, já que o número de patologias a serem investigadas em nível molecular é muito maior.

Na fronteira entre o conhecimento médico das patologias e o conhecimento estrutural e funcional do material hereditário, se desenvolve o campo da medicina genômica, no qual cabe destacar três níveis de atuação: diagnóstico, preditivo e terapêutico (PENNA, 2002). Com a primeira vertente, espera-se aprofundar o conhecimento sobre as doenças genéticas comuns, conhecidas como monogênicas, nas quais a determinação hereditária é, freqüentemente, suficiente para desencadear um quadro sintomático comprometedor. Dentre essas doenças, a anemia falciforme e a doença de Huntington são algumas das mais conhecidas. A dimensão preditiva se aplica a transtornos comuns, nos quais estão implicados vários componentes genéticos e ambientais, como diabetes e a hipertensão. A dimensão terapêutica recua até a escala molecular do transtorno, amparando-se em dois recursos principais: a terapia gênica, onde se implantam genes exógenos em células somáticas, e a farmacogenômica, tentativa de produzir medicamentos adequados ao perfil genético de cada indivíduo.

Segundo Ruffié (1993), a dimensão preditiva não apenas assinala um aperfeiçoamento da prática médica, mas inaugura uma nova meta que, apesar de semelhante, deve ser distinguida da prevenção. Qual seria a diferença entre prevenir e predizer? A medicina

preventiva representa, para o autor, uma evolução da medicina curativa, ou seja, das práticas que tomam para si homens já enfermos, onde o sofrimento, a dor, o sintoma podem, sem grandes dificuldades, ser apreendidos pelo olhar clínico. A medicina preventiva seria, ao contrário, devotada aos transtornos já instalados, ou em vias de se instalar, mas cuja manifestação é fraca por ser pobre em signos. Parte-se do princípio, nesse último caso, de que a doença mais cedo ou mais tarde irá se expressar. Esta prática abarca as mais diversas enfermidades, não importa em que nível – celular, do órgão ou genético – estas tenham sua origem. Neste mesmo âmbito, pode-se mesmo recuar ao nível intra-uterino a fim de diagnosticar, por exemplo, uma trissomia no cromossomo 21.

Para melhor entender a distinção em jogo, tomemos como exemplo os métodos que permitiram um diagnóstico e uma intervenção apurada sobre a tuberculose. A penetração dos recursos óticos da medicina capacitou diagnósticos cada vez mais precoces, para os quais primeiramente contribuíram os raios X do pulmão e a seguir a bacteriologia de Kock, cientista que remeteu a doença a um bacilo detectável em exames microscópicos do escarro. Em tais casos, o diagnóstico tende à precocidade; os sentidos munidos de aparelhos óticos inferem melhor a intimidade orgânica do que os métodos anteriores de auscultação e de percussão.

Entretanto, Ruffié insiste que esses métodos não são exatamente *predictivos*, mas *preventivos*; na previsão, as patologias são diagnosticadas precocemente, enquanto na predição elas são isoladas em estado de pura probabilidade. Mais precisamente, a medicina predictiva tem por objeto a relação entre hereditariedade e meio ambiente, entre os riscos genéticos e certos fatores externos capazes de desencadear enfermidades. Não se fala tanto em enfermidade, lesão ou distúrbio funcional, mas de um jogo que envolve sempre dois tipos fatores:

trata-se de visar não uma patologia constituída, mesmo em seus estado molecular, mas de uma contínua dialética entre hereditariedade e ambiente que, em certos casos, quando duas séries de fatores, uns genéticos, outros mesológicos, se encontram, vai dar lugar a doenças mais ou menos graves (p. 74)

Ao que parece Ruffié manifesta preocupação com duas séries diferentes, uma de ordem temporal que é da predisposição, e outra de ordem espacial constituída pelos fatores ambientais. Conhecendo as interações entre esses níveis, a medicina genômica em sua vertente preditiva almeja, em última instância, manter o sofrimento sempre à distância. O impacto seria extenso: ampliação do olhar genético para uma série de transtornos e ampliação do olhar médico para indivíduos que não manifestam qualquer sintoma. Qualquer um de nós estaria sob o escrutínio de tal espécie de olhar médico, na medida em que portamos algum tipo de variação genética capaz de desencadear futuras doenças.

Certamente, aqui estamos mais no terreno da promessa do que no da realidade cotidiana. A afirmação de tais práticas no dia a dia depende de uma série de pesquisas que, caso bem sucedidas, melhor apreenderiam a complexidade do Genoma. Seria ainda necessário o desenvolvimento de testes diagnósticos mais precisos, bem como de técnicas terapêuticas para os transtornos diagnosticados no nível molecular. Mesmo no estado primitivo em que se encontra, a possibilidade de prever doenças meramente possíveis desperta fascínio e inquietação da nossa cultura. Caberia então refletir sobre o que está em jogo nesse olhar sobre o corpo que se efetua a partir do encontro entre Genômica e medicina. Poderíamos falar então em um processo de expansão da vigilância, no qual além de todas as condutas com o corpo, não importa em que local estas se dêem, estarem sob mira, penetra-se com acuidade na dimensão temporal do sofrimento? Em que além de ver melhor, fundamentalmente *pre-vemos*?

2.5 Alcance e limite do olhar contemporâneo

Em “Nosso futuro pós-humano”, Francis Fukuyama (2003) inicia seu argumento expondo duas análises literárias sobre o futuro tecnológico, onde o manuseio da informação aparece como importante recurso de controle. O livro de George Orwell, *1984*, traça um cenário de total exposição da vida privada perante telas que podiam enviar e receber imagens de um governante central onipresente, o “Grande Irmão”. Já *Admirável Mundo Novo* de Aldous Huxley, aborda um controle biotecnológico dos corpos amplo o suficiente para abarcar questões como desigualdade, doença, sofrimento emocional, moduladas através da fertilização artificial, controle da percepção e do comportamento. No primeiro caso, a imagem do mundo é controlada pela informação, no segundo, o comportamento, as aptidões e gostos são remetidos à dimensão genética, onde seus dados são programados. As fronteiras espaciais são vazadas em *1984*; o futuro é programado em *Admirável mundo novo*.

Algumas análises sobre as tendências contemporâneas da medicina ressaltam uma crescente aliança entre esses dois mecanismos: gestão da vida e da informação (BRUNO, 1998; NOGUEIRA, 2003; VAZ, op. cit). A formação de registros sobre a saúde de indivíduos e grupos não é um fenômeno novo, sendo usada desde a era moderna como forma de conhecimento minucioso das progressões, regressões e quadros sintomáticos de uma doença. No entanto, tais quadros eram obtidos pelo encontro entre o olhar médico e o sofrimento manifesto no corpo de um paciente. Tal co-presença vem sendo dispensada pela ênfase na intervenção pré-sintomática, que se antecipa ao desenvolvimento de doenças: “em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que de uma adequada utilização dos canais de

comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde” (NOGUEIRA, idem, p. 179).

Curioso notar que ao invés de a autoridade médica se enfraquecer, ao contrário, ela se estende para todo o terreno social, dispensando a presença imediata do médico e do doente. Há, portanto, um novo regime de poder, onde a medicina prescreve à distância, sobre doenças que ainda não se concretizaram e que podem jamais emergir do plano do provável. A divulgação de informações entra em cena como uma importante estratégia para gerir a vida, operando em um espaço liso e no campo de possibilidades da patologia. Em relação ao espaço, pode-se observar que os conhecimentos e técnicas médicas migram de ambientes mais estritos, como o laboratório e instituições de ensino, em direção a âmbitos sociais mais extensos. Através de campanhas de saúde pública ou por divulgações em revistas e sites na Internet, as informações relativas à saúde são disponibilizadas e consumidas como produto. Ao invés de isolar os indivíduos, tornar seu ambiente mais simples, a divulgação de informações médicas supre o cuidado com o corpo com uma estimulação dos sentidos, onde conhecer se torna uma busca ativa. Um interessante exemplo pode ser encontrado no site da companhia biofarmacêutica Myriad. Na página do site destinada a exibir os testes diagnósticos para a suscetibilidade genética, é oferecido uma espécie de teste de conhecimentos (*hereditary cancer quiz*)²⁹. Através de sete perguntas que, em sua maioria, versam sobre a incidência de câncer em membros da família, aquele que acessa o site obtém respostas acerca do seu futuro provável. Procedimentos específicos que ocorriam dentro de locais reservados ao cuidado com a saúde se espalham para meios potencialmente acessíveis a todos.

Diante dessa confluência entre o diagnóstico genético e a divulgação de informações médicas, cabe retornar ao problema da expansão da vigilância. Trata-se aqui de um olhar

²⁹ A informação pode ser encontrada em <http://www.myriadtests.com/quiz.htm?s=View>.

totalitário, como do “Grande Irmão”, aliado à programação genética de “Admirável mundo novo”? Na análise de dois projetos franceses de prevenção de riscos, GAMIN e AUDASS, Castel parece se inclinar para um diagnóstico de expansão da vigilância. Esses programas surgidos nos anos 70 visavam construir um conjunto extenso de registros sobre desvios da normalidade nas mais diversas áreas, de modo a se prever futuras anormalidades. O sistema de gestão automatizada em medicina infantil (GAMIN) acompanhava supostos desvios desde o nascimento, reunindo dados recolhidos para exames obrigatórios. A partir daí, buscava-se estabelecer um perfil de deficiência que podia colaborar para prever futuros desvios antes que fossem revelados no ambiente escolar.

Nesse projeto, a saúde é gerida através de informações acerca de fatores de risco. Os indivíduos são mantidos desde o início da vida sobre escrutínio médico, e tudo o que fazem é potencialmente importante para traçar perfis. A imagem de uma tecnologia social que manipula os indivíduos com imensa precisão, é evocada pelo autor:

“..não somente limpar o corpo social arrancando as plantas indesejáveis, mas dele fazendo um jardim francês com suas aléias reais e seus becos, seus fluxos de população de circulação variável e os circuitos montados em derivação que levam a ruas sem saída” (p. 178).

Assim, a gestão de riscos genéticos significaria um olhar mais preciso capaz de tornar a própria constituição biológica um vetor de transformação tecnológica. O olhar se expande até o máximo de nossa intimidade: ao patrimônio hereditário.

Outro diagnóstico que, nos parece mais interessante, é dado por Nikolas Rose (2007). Para o autor, o escrutínio genético não significa simplesmente um ver mais, seja em precisão ou em previsão, mas dá origem a novas formas de governo da vida que implicam uma reorganização das autoridades, novos mecanismos normativos e diferentes

subjetivações. Uma importante linha de mudança se refere ao modo estatal de regular a saúde. Muitos dos encargos que o Estado adquiriu em relação à sua população vêm sendo redistribuídos, repassados especialmente, para três tipos de organizações: comissões bioéticas, corporações privadas, como clínicas especializadas em fertilização artificial, e grupos profissionais, como associações médicas. Em tais espaços, as autoridades procedem incitando a atividade e decisão dos pacientes, ao invés de sua colaboração passiva. Mesmo supostos ao exame médico, dentro de espaços institucionais, os corpos são estimulados a se moverem, a construir seus caminhos.

Desse ponto de vista, antes que uma expansão da vigilância, o fenômeno atual diz respeito a novas configurações espaço-temporais para o olhar. O espaço liso pode ser interpretado como aquele em que o modo de gestão procede mais pela incitação à atividade do que pelo confinamento e assistência. O eixo temporal não assinala o controle total do futuro, mas uma tentativa de engajamento ativo do paciente em relação ao seu corpo, que requer monitoramento contínuo e correções sofisticadas. Portanto, o olhar recebe novas funções, ao invés de ampliar seu controle:

“essas modificações nas racionalidades e tecnologias de governo tem também desenvolvido uma crescente ênfase na responsabilidade dos indivíduos para gerenciar seus próprios negócios, para garantir sua própria segurança com um olhar prudente dirigido ao futuro.” (ROSE, 2007, p. 4)

Para melhor optar entre esses diagnósticos, será necessário analisar os prolongamentos subjetivos do poder, onde olhar vai do corpo ao incorpóreo. Esse será o assunto do próximo capítulo.

Capítulo III

Os desdobramentos subjetivos do olhar

Nos dois capítulos anteriores, tratou-se das condições espaço-temporais nas quais os corpos vieram sendo visualizados e modificados pela medicina. Na modernidade, onde a biopolítica explorava a anatomia e o espaço territorial, os doentes aguardavam serem assistidos, privados de estímulos no interior hospitalar onde os sintomas visíveis eram remetidos pela autoridade médica a uma profundidade orgânica. Nos dias presentes, indivíduos assintomáticos são estimulados a conectar-se com informações a fim de prever sua saúde. A visibilidade primeiramente produziu pacientes e indivíduos sãos, agora, vem produzindo indivíduos previdentes, que não aguardam o surgimento de sintomas para tratarem de si. Ao invés de esperarmos pela atenção médica, nos comportamos mais como passageiros: inquietos, incomodados com a espera e obcecados por eficiência. Como Denise Bernuzzi de Sant'Anna (2001) nota, essas duas formas de tratar a vida e o corpo estreitaram suas relações: os pacientes vem se tornando passageiros.

O mundo do paciente corresponde às condições de isolamento geográfico e profundidade orgânica. O mundo do passageiro corresponde à mobilidade, passagens e suscetibilidade genética. Complementando a análise anterior, vamos agora abordar aquilo que Foucault (1997) denomina efeitos incorpóreos do poder, ou seja, o ponto onde a visão, inicialmente dirigida à superfície dos corpos, a seus gestos e condutas, prolonga-se como mundo psíquico. Em tal perspectiva, não se toma a esfera subjetiva como dado originário ou como mera ilusão ideológica, mas como um efeito proporcionado pelo funcionamento cotidiano do poder sobre o corpo:

“Não se deveria dizer que a alma é uma ilusão, ou um efeito ideológico, mas afirmar que ela existe, que tem realidade, que é produzida permanentemente, em torno, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que se exerce sobre os que são punidos – de uma maneira mais geral sobre os que são vigiados, treinados e corrigidos, sobre os loucos, as

crianças, os escolares, os colonizados, sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a existência” (idem, p. 28)

Sabemos que o corpo na modernidade para se tornar visível e submetido a transformações teve que ser reportado a uma série de repartições entre interior e exterior. Vejamos inicialmente como esse olhar que investe sobre o espaço, repartindo-o, produziu um universo psíquico, no qual os indivíduos almejam a normalidade, temendo um afastamento das regularidades fisiológicas e comportamentais.

3. 1 Medicina e governo de si

Um primeiro ponto a ser notado é o desenvolvimento simultâneo de duas tendências sociais divergentes na era moderna. Por um lado, a arte da medida, da comparação avança para diversos setores da existência. Em “novas reflexões referentes ao normal e ao patológico”, Canguilhem (1995) nota que desde o século XVII, a atividade política inicia um processo de padronizar fenômenos relativos à gramática, que logo se expande aos sistemas industriais, pedagógicos e sanitários. Nesse processo o mundo moderno se tornou mais exato e calculável. Para tal efeito, a norma foi uma ferramenta essencial.

Normalizar significa eleger um modelo, uma regra perante à qual os desvios podem ser objetivados. O filósofo lembra que, embora o termo *normal* nos seja hoje bastante familiar, seu uso permaneceu até o século XIX restrito a contextos específicos. O evento que proporcionou uma maior divulgação liga-se a reformas em duas instituições: as pedagógicas e as hospitalares, realizadas na França após a Revolução francesa. Se nesse marco político, o domínio da sociedade foi transposto para as mãos dos homens, supõe-se que a natureza humana também é plástica, moldável segundo as exigências sociais. Tanto a educação, como a saúde, fizeram do corpo um domínio suposto à racionalização, passível

de ser quantificado e classificado segundo sua posição em relação à norma e, então, modificado para dela aproximar-se.

Foucault (2004) enfatiza a contingência histórica da divisão entre normal e patológico, notando que ainda no século XVIII, a medicina não se atinha a normas e constantes fisiológicas, mas a determinadas qualidades das quais a doença nos afastaria, como o vigor, a fluidez e a flexibilidade. Nesse estágio, a prática médica visava mais o regime, uma regra de vida e de alimentação do que a normalidade. O século XIX veio dar maior destaque à fisiologia, definindo um tipo ideal de funcionamento e de estrutura orgânica. Por isso, em um sentido mais rigoroso, a própria noção de desvio nasce com o estabelecimento da normalidade, repartindo um certo setor da existência entre fenômenos aceitáveis e outros a serem corrigidos. Através da norma, o plano ontológico e o plano ético entram em íntima comunicação, pois as regularidades observáveis são tomadas também como regras a serem obedecidas (VAZ, 2006).

Interessante notar que no mesmo século em que a saúde e a educação são normalizadas, nascem as ciências humanas. Em certo sentido, elas são marcadas pelos processos normatizadores, na medida em que trazem o psiquismo ou hábitos e condutas sociais para o domínio do mensurável. Isto explicaria, por exemplo, a preocupação da psicologia em buscar a relação entre estímulos físicos e experiência subjetiva de forma matemática³⁰. No entanto, seria insuficiente definir as ciências humanas pelos recursos à mensuração e precisão matemática, pois paralelamente a essa tendência, desenvolvem-se investigações como as da antropologia e a psicanálise, menos afeitas à quantificação do que à observação dos efeitos de sentido produzidos pela linguagem.

³⁰ A variação entre a intensidade do mundo físico e a experiência subjetiva do estímulo foi uma das preocupações da psicologia fisiológica do século XIX. Uma de suas primeiras formulações apareceu com Fechner, pesquisador alemão que constituiu o campo da psicofísica (CRARY, 1990)

Atento a essa complexidade, Foucault em sua fase arqueológica, indica uma mudança nas relações entre consciência e pensamento que teria aberto o campo do saber a uma interrogação acerca do homem. Os diversos aspectos desse acontecimento escapam ao intuito do texto, mas vale mencionar que a consciência na modernidade tem seu eixo temporal recuado, passando a ser atravessada por diversas determinações. É despojada, portanto, da transparência que lhe fora atribuída pelo cogito cartesiano (FOUCAULT, 1987). A partir de então, a condição humana é atravessada por duplos que remetem a um domínio verdadeiro que escapa à reflexão; haverá, um pensamento sem consciência e também ser humano sem consciência de si. A herança biológica que nos ata a um passado animal em Darwin, o sujeito dividido de Freud, bem como o homem alienado de Marx designam porções de nós mesmos que não conhecemos, mas que nos fazem ser o que somos.

O que nos interessa indagar é como a cultura moderna abrigou dois movimentos que tracionam o homem em sentidos opostos. Em um primeiro sentido o indivíduo e a sociedade estão vinculados a processos normatizadores que tornam a existência humana cada vez mais exata e ajustável a processos industriais, Em outro, abre-se cada vez mais espaço para discussões e pesquisas acerca do sentido das regiões confusas e embaraçadas da consciência, descendo ao sentido íntimo que nos faz ser o que somos. Por um lado, o indivíduo exato e objetivo; por outro, o sujeito cindido: como essas duas figuras da subjetividade podem ter sido trazidas à luz em um mesmo movimento?

É preciso esclarecer o papel da norma, sobretudo da norma médica, na produção de si. Se desde os séculos XVI e XVII, a medicina desvela os segredos anatômicos, ao final do século XVIII, ela passará a normalizar o funcionamento orgânico de acordo com a boa saúde do corpo social. Ela está incluída, portanto, na história do que Foucault denomina técnicas de governo, onde irão se constituir, no âmbito político o Estado-Nação e, no

âmbito da subjetividade, o indivíduo reflexivo, que se auto-observa, ou seja, o sujeito psíquico.

Governar a si e aos outros remonta a uma longa tradição ocidental estabelecida desde a Antiguidade greco-romana, mas que foi profundamente modificada pelo Cristianismo. Governar sempre envolveu uma relação com o conhecimento, pois para cuidar de si e dos outros era preciso conhecer a si mesmo. No entanto, o Cristianismo dissociou conhecer e cuidar, impondo uma abdicção das paixões. Entre os gregos não se tratava disso, gerindo o prazer sem jamais anulá-lo. A moral cristã, ao contrário, doa ao cuidado de si uma forma paradoxal, prescrevendo um afastamento dos desejos e inclinações pessoais, ou seja, uma ascese que visa ao controle absoluto sobre as paixões. Cria-se então um regime de conhecimento de si pautado sobre princípios universais, instaurando uma vontade de verdade baseada na anulação do desejo. Seu princípio poderia ser expresso segundo uma estranha fórmula: “conheça-te, não sendo”.

A partir dessa ascese, o cristianismo originou uma forma de poder que Foucault (1995) denomina *poder pastoral*. Nessa forma de governo, parte-se de uma assimetria básica: há aquele que conduz – o pastor – e aqueles que são conduzidos – o rebanho. Apesar de o rebanho ser um grupo, ele deve ser examinado individualmente e de forma minuciosa. O objetivo último dessa condução é salvar a alma. Para alcançar a salvação é necessário que o pastor se empenhe em conhecer os pensamentos e condutas de cada membro do rebanho. Nesse sentido, o poder pastoral congrega um conhecimento detalhado sobre a alma: “esta forma de poder não pode ser exercida sem o conhecimento da mente das pessoas, sem explorar suas almas, sem fazer-lhes revelar os seus segredos mais íntimos” ((FOUCAULT, 1995, p. 237).

O tema do governo será ampliado no decorrer do século XVI para questões relativas ao Estado. As chamadas artes de governo, já existentes na Idade Média, são resgatadas e

tornadas objetos de atenção por vários teóricos. Seus objetivos são múltiplos: pedagógicos, espirituais e políticos, nos quais se busca equiparar o cuidado do monarca com seus súditos segundo à relação familiar, na qual um pai gerencia a vida da casa, provendo a subsistência de seus dependentes. Cabe ressaltar que seus níveis e objetivos excedem a gestão do Estado e que somente no século XVIII, esta instância assume o monopólio sobre as atividades de governo, reorganizando suas prioridades administrativas em torno de um objetivo bem definido: regular a população. Até então, o Estado não priorizava o cuidado, a segurança e o bem-estar dos indivíduos, detendo-se na regulação do território. Uma descontinuidade na relação entre poder e vida determinará decisivamente essa substituição de objetivos. No século XVII e início do século XVIII, o poder político era instituído por uma autoridade incontestável: a do soberano. Representante da própria divindade, o soberano não visava outro objetivo do que valer sua lei. Seus métodos passavam pela violência, extraindo a liberdade, punindo o corpo, levando à morte.

A crise tecnológica do poder, que já foi abordada no primeiro capítulo, envolve um aumento exponencial da população, que gera ameaças e problemas para a então emergente economia capitalista, não podendo ser controlado pelos mecanismos usuais. É resolvida pela entrada dos antigos mecanismos pastorais, entretanto, adaptados para o aumento da vitalidade e não mais para a salvação da alma. Ao invés de assegurar que a alma seja purificada, a tecnologia moderna de poder – o “bio-poder” – entra em cena através de instituições, aparelhos administrativos que vasculham em detalhes a população. O corpo é problematizado como existência orgânica, suposta à ciência e não à religião. Assim como no cristianismo, o que é buscado é uma parte de si que o sujeito desconhece; da mesma forma que a carne é um problema no cristianismo, as condições anatômicas e funcionais de um organismo serão colocadas em questão na era moderna. O governo do mundo interior, logo, torna-se uma questão médica.

3.2 Desvelar a profundidade orgânica

As estratégias bio-políticas médicas se apoiarão sobre dois conceitos importantes para conectar a norma ao mundo subjetivo: *degeneração* e *degenerescência*. O primeiro já era utilizado antes da anatomia patológica de Bichat, articulando corpo e história de forma negativa. Era acolhido na medicina, estabelecendo nexos entre o processo da civilização, considerado introdução do artifício na vida natural, e um suposto enfraquecimento físico e mental da humanidade.

No entanto, Bichat e seus seguidores deslocam o sentido de degeneração, tratando-o não mais como um fenômeno de desvio, mas como produção de qualidades originais. Fala-se, por exemplo, em tecidos degenerados quando estes assumem duas variações: quando se transformam em outro tipo pré-existente no organismo ou quando tomam textura e configuração sem modelo preexistente. Disto decorre que os fenômenos patológicos encontram-se filiados a leis e não correspondem a uma simples perda de sentido ou afastamento de uma origem. A degeneração segue leis precisas, que são também as da vida. Observando-se fenômenos como a inflamação do invólucro celular das artérias, esperava-se se apropriar das leis que presidem o funcionamento arterial normal. Os fenômenos desviantes da norma irão se transformar, como ressalta Canguilhem (1995), em uma porta de acesso aos fenômenos normais, pois apresentam seu funcionamento em estado ampliado, dotado de maior visibilidade.

A noção de degenerescência é um desdobramento dessa primeira, tendo sido aplicada extensamente no campo da Higiene. Durante o século XIX, as práticas higienistas conheceram desenvolvimento expressivo, buscando regular, sobretudo, a sexualidade e o alcoolismo. Vigarello (1999) em análise restrita ao contexto da França, nota que inicialmente o Estado criou leis que sancionavam a prostituição, e seus resultados foram

pouco expressivos; estes somente foram melhorados quando pautados sobre campanhas pedagógicas. Então, a regulação da conduta passou a incidir sobre um nível interno: o da vontade, o do potencial de deliberação do indivíduo.

Para que se chegasse a esse tipo de regulação foi preciso criar vínculos entre a saúde individual e a saúde coletiva, e estes foram atingidos pelo uso estratégico da noção de degenerescência. Ela implicava o consumo de álcool, bem como o desregramento sexual, com um recuo civilizatório. Deste modo, eram legitimadas campanhas moralizadoras da conduta que tornavam explícitos nexos entre uma conduta e uma responsabilidade moral que concerne ao indivíduo, mas, entretanto, atinge esferas coletivas: a família, a sociedade, o Estado. Por trazer tantos perigos para a ordem social, a dimensão biológica se transforma em eixo problematizador da subjetividade, a partir do qual se consolida um tipo de indivíduo interiorizado, implicado em controlar e vigiar paixões, desejos, sentimentos.

Tanto a degeneração, quanto a degenerescência, estabelecem o domínio biológico como uma realidade incontornável e primitiva, capaz de desencadear efeitos danosos para a saúde. Como esse domínio integra a condição humana, todos estarão sujeitos a seus efeitos. Na base desse enunciado está a relação peculiar entre normal e patológico.

Tais domínios não estão totalmente separados; pelo contrário, as leis que presidem a vida estão igualmente presentes em suas alterações. Deste modo, os indivíduos em boa saúde vêem nos enfermos uma de suas possibilidades de existência: caso não tomem determinadas medidas em relação ao corpo, tal possibilidade se atualizará. Estabelecidos esses nexos, as normas médicas poderão ser internalizadas, pois estão articuladas ao favorecimento da saúde. A doença e a saúde, aparecem no lugar da salvação, produzindo justificativa para a dor e fomento para a esperança.

Entretanto, essa proximidade funciona juntamente com um distanciamento geográfico, com uma objetivação que separa a normalidade da patologia. Foucault (1998) esclarece muito bem esse jogo de aproximação e distância em relação à doença mental:

“Aquilo que a loucura diz de si mesma é, para o pensamento e a poesia do começo do século XIX, igualmente aquilo que o sonho diz da desordem de suas imagens: uma verdade do homem, bastante arcaica e bem próxima, silenciosa e ameaçadora” (p. 510)

A continuidade entre normal e patológico deve ser sucedida por uma ruptura no espaço geográfico de modo a não se tornar demasiadamente perturbadora. Esse jogo de separação e continuidade permite que a visibilidade implicada tanto nas reformas arquitetônicas do Hospital e das cidades quanto na anatomia patológica produza efeitos subjetivos. Sabendo que estamos sãos e fora de um Hospital, sabemos também que as possibilidades de intercâmbio com o meio exterior são amplas. Entretanto, para que essa situação se perpetue é preciso um cuidado com o corpo, um uso do prazer e das sensações sob regras médicas. Do mesmo modo, o doente deposita suas esperanças de restabelecimento nos cuidados médicos, submetendo-se aos exames, onde seu corpo é tocado, desvelado e, por vezes, privado de boa parte das estimulações do meio exterior.

À luz dos seus estudos posteriores, essa observação de Foucault indica um aspecto importante do bio-poder. A era moderna seria insuficientemente compreendida, caso assimilada à anulação da diferença, à planificação completa da vida. Mesmo a alteridade sendo isolada e marcada em suas diferença através de recursos geográficos, termina por ser retomada por sua semelhança, indicando uma verdade comum ao homem. Disso decorre a importância do patológico: se ele não é eliminado é porque o funcionamento do poder se alimenta de suas diferença e similaridades para fazer com que o governo do somático seja

possível. Daí que uma profunda orientação espacial atravessasse o pensamento moderno, ainda que em suas reflexões mais abstratas acerca da cisão da subjetividade e da relação dessa subjetividade com o tempo. “No pensamento moderno, o que se revela no fundamento da história das coisas e da historicidade própria ao homem é a distância que escava o Mesmo, é o afastamento que o dispersa e o reúne nos dois extremos dele mesmo” (FOUCAULT, 1987, p. 356). Assim, um espaço dinâmico, no qual vemos a doença separada mas também como possível, permite que o indivíduo objetivo e normalizado abrigue um espaço interior subjetivo.

Cabe ainda destacar que a dimensão biológica recolhe uma verdade preciosa sobre a individualidade, de difícil visibilidade para o próprio sujeito. No terreno da saúde orgânica, é de suma importância que o cuidado do corpo envolva o trabalho de autoridades normatizadoras que desvelem fenômenos mórbidos. O trabalho auscultador, por exemplo, é uma tarefa delegada àqueles que cuidam do paciente. Como observa Canguilhem (2005), a anatomia de Bichat ao separar sintomas de sinais, impôs limites à expectativa da higiene em fazer de cada indivíduo um médico de si mesmo.

A partir do momento que a medicina fundamenta seu diagnóstico não mais na observação de sintomas espontâneos, mas no exame de sinais provocados, as relações do médico e do doente com a natureza se vêem perturbadas. (CANGUILHEM, *idem*, p. 20).

Se existe lesão nos tecidos sem manifestação visível, há doença onde o doente não pode percebê-la. Desse modo, a profundidade orgânica deve ser desvelada por um especialista, designado e normalizado para atuar dentro de instituições.

3.3 Do espaço de degradação ao erro de informação

A tentativa de tornar a doença visível e tratável, levou os médicos do século XIX a estabelecer uma proximidade entre os estados normais e patológicos, observa Canguilhem (1995). Ocorre aí a dissolução de uma importante concepção de patologia, que teria atravessado a medicina desde seus primórdios: aquela que faz da doença um mal externo e invasivo. Se esses médicos não atribuem um estatuto ontológico à doença, já presente na medicina antiga dos egípcios, eles não deixam de partilhar a confiança de que é possível combater a patologia, de que é possível restabelecer um estado alterado através da técnica. Caso pudéssemos falar em mal³¹, trata-se de uma espécie democratizada e secularizada, ligada à constituição biológica compartilhada por sãos e enfermos e que pode ser pontuada no espaço orgânico, como nas lesões analisadas pela anatomia patológica. Perante essa democratização do mal, um homem doente é apenas um homem alterado quantitativamente, cuja existência está bastante próxima da normal, o que amplia a esperança de um resgate.

Em 1963, vinte anos depois da primeira publicação de “O normal e o patológico”, outra concepção de doença ganha força a ponto de obrigar Canguilhem a rever as relações entre visibilidade da doença e capacidade de intervenção. A enfermidade passou a ser compreendida como erro, como acidente ocorrido no plano da comunicação entre sistemas de regulação orgânica ou genética. Ao invés da confiança em um restabelecimento do estado alterado, a doença entregaria o exercício terapêutico à resignação perante uma falha incorrigível. Se há algum mal no erro, este é tão radical que escapa aos esforços corretivos médicos.

A noção se elabora em três tempos. O primeiro passo concerne à fisiologia de Cannon, divulgada por volta de 1930. Canguilhem trata de uma obra específica do biólogo, “A sabedoria do corpo”, onde é exposto o conceito de homeostasia, ou seja, a necessidade de

³¹ A pesquisa sobre os entrelaçamentos entre sexualidade e governo de si desenvolvida por Foucault nos leva a esse comentário, pois a medicina e as práticas envolvidas no governo no somático problematizam o corpo analogamente ao que o cristianismo faz em relação à carne.

um constante restabelecimento das funções da vida orgânica através de sistemas de auto-reguladores. Tais sistemas compreendem questões já levantadas por Claude Bernard, como por exemplo, o controle da oscilação da temperatura corporal nos animais de temperatura constante e o dos movimentos respiratórios através da taxa de ácido carbônico existente no sangue. Funcionam a fim de restabelecer o equilíbrio do organismo, considerado um estado sob ameaças de origem externa às quais sistemas de auto-regulação reagem.

Nesse estágio de elaboração, a concepção de erro não aparece explicitamente, mas a base de seu aparecimento está preparada, ou seja, o entendimento do corpo como um sistema dotado de inteligência capaz de corrigir determinadas perturbações. É também uma fase nas quais analogias entre organismos e sociedades estão muito presentes. Acontece que Cannon ao utilizar o termo regulação, acolhe um conceito primeiramente elaborado primeiramente pela fisiologia, mas sob outra semântica, já apropriado pela política. Por isso, o biólogo faz das crises políticas estágios intermediários, sucedidos por um equilíbrio tomado como ideal normativo da sociedade. O corpo recebe assim, uma espécie de inteligência que, como nota muito bem Bernuzzi Sant`Anna (2001, p. 70), “não se concentra apenas no cérebro”.

Na etapa seguinte, desenvolvida por volta de 1950, tal inteligência é acolhida de forma mais crítica: o corpo pode ser sábio, auto-regulado, mas comete enganos com muita frequência. Canguilhem considera Hans Seyle e Reilly, responsáveis por essa elaboração. Em suas pesquisas, pouca importância é concedida à localização espacial do agente patogênico, frisando-se a perturbação de funções. O trabalho de Seyle versa sobre síndromes patológicas não específicas, nas quais os sintomas são gerados pela reação adaptativa a qualquer tipo de estimulação brusca, seja interna, como uma descarga hormonal, externa, como um traumatismo, ou psíquica, como uma emoção reiterada. O organismo adoece pelo prolongamento de seu estado de prontidão. De início, tais reações

visam um estado de defesa, uma restauração do equilíbrio, no entanto, a busca constante desse estado gera um esgotamento.

Com essas constatações, a noção de sabedoria do corpo é discutida, pois é o próprio sistema de auto-regulação que conduz às síndromes estudadas por Seyle. Intuitivamente, os patologistas começaram a se referir a esses fenômenos como erros fisiológicos, atribuindo ao organismo uma espécie de finalidade ou de cálculo que não foi bem realizado. Nessa segunda etapa, o termo *erro* já aparece explicitamente, ainda que sob forma intuitiva. Porém, apenas quando o vocabulário da biologia moldar-se segundo os princípios da teoria da comunicação e da cibernética, a noção de erro assumirá sua maturidade.

Desde 1909, o termo *erro hereditário* é usado para designar alterações inatas do metabolismo. Esse termo, que ainda repousava na engenhosidade de uma metáfora, foi promovido a uma consistente analogia, depois dos estudos célebres de Crick e Watson sobre a dupla hélice do DNA. Como se sabe, as pesquisas sobre a dupla hélice enviaram a biologia para o plano molecular, através de um vocabulário originalmente criado pela teoria da informação. Noções, como código, mensagem e tradução, orientaram e ainda orientam o entendimento dos mecanismos de transmissão da hereditariedade. Não tardou para que a patologia fosse enviada ao plano molecular através do arsenal teórico da teoria da informação. Assim, uma doença como anemia falciforme segue uma lógica, que não é mais a da degradação, mas a da má interpretação do código, já que se desenvolve pela substituição de um único aminoácido na cadeia da proteína que forma a hemoglobina, tornando-a disforme. O problema reside, portanto, na transmissão de informação, na decodificação das mensagens inscritas no material hereditário. Sendo um problema de comunicação, a saúde é a correção genética e enzimática e a patologia resulta de uma confusão, de uma má interpretação.

Canguilhem (1995) extrai disto duas conseqüências. Em primeiro lugar, a patologia é convertida para um vocabulário que aproxima pensamento e natureza: há informação no mundo natural da mesma forma que há informação no conhecimento. Em segundo lugar, a carga afetiva existente na concepção ontológica é dissolvida: no erro, não há nada contra o que lutar, o mal é tão radical que não está relacionado a qualquer contingência que possa ser evitada. Como se no fundo, não houvesse qualquer mal, responsabilidade, ou má intenção, mas somente um grande mal entendido: “uma hemoglobina pode transmitir informações erradas, assim como um manuscrito pode também transmitir informações erradas” (p. 253). A atitude da medicina aqui se verte em simples constatação após milênios de luta contra a doença. Consternados só poderíamos admitir a faticidade de nossa herança, pois “a doença deixa de ter qualquer relação com a responsabilidade individual. Não há mais imprudência, não há mais excesso a recriminar, nem mesmo responsabilidade coletiva, como em caso de epidemia” (idem, p. 253).

3.4 Risco e suscetibilidade

Pertencente a um texto datado em 1963, essa última passagem de Canguilhem contrasta acentuadamente com outro texto, que foi publicado trinta anos após sua obra. Neste último, voltado para a medicina preditiva, o tom é bem mais otimista:

a medicina preditiva não se dirige a doenças, mas a sujeitos sãos. Seu alvo: conduzir cada indivíduo, levando em conta a natureza de seu patrimônio hereditário e de seu ambiente, a conservar uma boa saúde até a idade mais avançada de suas vidas”. (RUFFIÉ, 1993, p. 61)

Nota-se que o patrimônio genético não é mais visto como destino incontornável, dando esperanças em relação a uma vida prolongada e mais saudável.

Podemos especular sobre as razões de tamanhas discrepâncias. Enquanto um é a revisão sobre o tema do normal e do patológico o outro é uma proposta de uma medicina calcada na detecção de patologias ainda não manifestas, sobre o diagnóstico de riscos genéticos. Enquanto, em 1963 fazia bastante sentido tal oposição, surge agora a proposta de uma medicina para os indivíduos sãos, sem manifestação patológica. Quando o futuro da saúde é observado no plano da probabilidade genética, os limites entre enfermidade e saúde tornam-se confusos. Portanto, cabe explorar a semântica do risco, buscando nesse conceito meios de entender o campo de produção de subjetividade contemporâneo.

A passagem da norma para o risco vem sendo considerada um evento fundamental no campo dos cuidados com a vida, e mesmo um elemento através do qual as diferenças entre as práticas bio-políticas modernas e atuais podem ser apreciadas (BRUNO, 1997; ROSE, 2007; VAZ, 2006). O termo *risco* tem hoje um uso inflacionado referindo-se a diversos âmbitos da existência, como a crise ambiental, a segurança, e as oscilações do mercado de valores, designando, em geral, situações de incerteza perante às quais cabe decidir. Sendo inegável o fato de que as sociedades experimentam situações ameaçadoras e incertas desde longa data, qual seria a razão de estar se relacionando a singularidade de nossa cultura ao risco?

Um ponto a ser precisado é que *risco* e *perigo* não se confundem. Perigo se refere a um acontecimento ou fenômeno exterior que ameaça a existência individual ou coletiva e que efetivamente existe, enquanto risco pressupõe a capacidade de cálculo de um evento apenas provável. Quando se estima o risco de uma atividade como viajar de avião, estamos especulando acerca de um evento que poderá acontecer e não nos defendendo de um evento presente situado em um contexto espaço-temporal preciso. O termo envolve, portanto, uma preocupação com futuro e meios técnicos de estimá-lo, como enfatiza Giddens (2000):

“Risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidade futuras. A palavra só passa a ser amplamente utilizada em sociedades orientadas para o futuro — que vêem o futuro precisamente como um território a ser conquistado ou colonizado” (GIDDENS, *idem* p. 33).

O sociólogo destaca a relação entre inovação e risco. As sociedades que se abrem ao futuro, deixando de se apoiar no saber da tradição, adotam uma postura técnica perante a incerteza. Em outras palavras: não invocam os deuses, mas estimam o risco. A sucessão dos contextos de uso do termo comprovaria essa idéia. Seu terreno de formação é o desenvolvimento das grandes navegações européias, referindo-se nesses primórdios ao aventurar-se por águas ainda não cartografadas. Se nessa etapa, a orientação espacial está muito presente, o universo das transações bancárias destacou o aspecto temporal, referente às conseqüências prováveis dos investimentos e empréstimos. Em um momento ulterior, são formados sistemas de controle do risco, no contexto do desenvolvimento do capitalismo e da formação do Estado moderno. Os sistemas de seguro privado são o exemplo mais explícito, embora os sistemas de pensão e de saúde constituam uma espécie de cálculo do futuro que visa prevenir os indivíduos de infortúnios como doença, invalidez e perda do emprego.

Rose (2007) considera esses últimos sistemas parte de estratégias bio-políticas que teriam se desenvolvido ao longo do século XIX em duas grandes linhas. Um primeiro conjunto gira em torno de estudos e intervenções sobre mortalidade e morbidade. Essas estratégias proporcionaram a formação de uma política de saúde, com auxílio de uma estatística médica detalhada, que já era desenvolvida no âmbito das companhias seguradoras de vida interessadas em estimar com precisão o valor dos seguros de vida. As “leis da enfermidade”, como eram conhecidas os princípios dessas primeiras tabulações,

foram sofisticadas, voltando-se para os meios de propagação da doença, através de métodos comparativos como os aplicados por John Snow e William Farr na Inglaterra. Esses estudos, seminais para a epidemiologia, incluíram não somente a frequência das doenças em estratos precisos da população, mas também sua duração. Além disso, puderam investigar experimentalmente os meios pelos quais as patologias se propagam. Esse tipo de estratégia se desenvolveu ao longo do século XX, dando origem a sistemas de seguro social e avançou na segunda metade desse século rumo a dimensões cada vez mais amplas, como segurança ambiental, cuidados com o corpo e nutrição infantil.

Um segundo conjunto de procedimentos foi orientado para a formação de perfis. Nesse caso, não se trata tanto de intervir sobre as condições de existência da população em geral, mas sobre determinados indivíduos alocados segundo a conjunção de diversos fatores e considerados de risco superior ao mediano. Essa formação de perfis envolve usos em áreas diversas, como a segurança, onde projetos de detecção de grupos inclinados a comportamentos violentos, tornam jovens de determinadas áreas geográficas objetos de ações preventivas. Na área da saúde, a epidemiologia vem oferecendo suporte científico para a formação de perfis. Essa disciplina, hoje definida como uma investigação sobre a distribuição, frequências e determinantes das condições de saúde nas populações humanas, introduziu uma importante variação semântica na noção aqui abordada: a de *fator de risco*.

Os fatores de risco são definidos por Castiel (1999) “como marcadores que visam à predição da morbi-mortalidade futura”, a partir dos quais “poder-se-ia identificar, contabilizar e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação à exposição aos ditos fatores... proporcionando intervenções preventivas”. (p. 41). Seu uso na vida contemporânea se torna cada vez mais comum, criando um nexos fundamental entre corpo e subjetividade, pelo qual nos tornamos responsáveis pela nossa própria vida (BRUNO, 1997). Compreende, por exemplo, a rotina de exame de colesterol e de exame de

pressão, através dos quais quase todos nós somos enviados a nos entender e regular. Um homem com pressão alta, ao ter essa condição relacionada a outros fatores como idade, peso e história familiar e hábitos, pode ser alocado dentro de uma condição de alto risco, a partir de escalas obtidas clínica e epidemiologicamente.

Segundo Rose (2007), esses perfis vem sendo contestados por parte do pensamento social devido à sua generalidade, sendo considerados perigosos por induzir ações no presente em face de cenários futuros puramente prováveis. Nesse sentido, uma outra acepção de risco está agregando os esforços bio-políticos contemporâneos a partir das pesquisas genômicas. Como já foi abordado no capítulo precedente, nessa disciplina são depositados esforços para se avaliar a pré-disposição ao desenvolvimento de transtornos comuns. Trata-se de introduzir a dimensão individual no adoecimento, aquilo que explicaria o fato de alguns indivíduos expostos às mesmas condições desenvolverem patologias e outros não.

“diagnósticos de suscetibilidade procuram se mover além das alocações dos indivíduos em grupos de risco com base em fatores e probabilidades, para uma precisa identificação dos indivíduos em particular que estão vulneráveis à condições específicas ou problemas comportamentais” (ROSE, idem, p. 11).

Introduzindo uma dimensão individualizada na estipulação de riscos, a genômica oferece um desvio sutil, mas significativo, em relação às estratégias bio-políticas expostas. Sua originalidade consiste em facultar um deslizamento entre o geral e o particular. Ao invés de se deter em alguns grupos, ou em grande dados sobre a população em geral, a noção de suscetibilidade genética estabelece contatos entre dados gerais e outros mais individuais: “a meta não é simplesmente agir sobre o grupo *en masse*: os membros do

grupo são meramente o primeiro passo rumo à identificação e tratamento das suscetibilidades individuais” (idem). Nesse sentido, sua proposição envolve um suposto avanço na objetividade do governo da vida, não mais pautado sobre o problema de um domínio biológico que nos empurra a uma degradação inevitável, mas sobre o problema do cálculo da vida como domínio do provável.

3. 5 A subjetividade na conexão...

Uma outra forma de explicar a discrepância entre os textos de Canguilhem (1995) e Ruffié (1993) é recorrendo ao novo sentido que nossa cultura doou ao prazer e à liberação do corpo entre as duas datas de publicação. Ehrenberg (2000) alude a dois eventos fundamentais nos quais uma nova relação entre poder e corpo é construída. O primeiro se desenrola por volta do final de 1960, quando movimentos políticos dirigem-se às disciplinas, contestando o adestramento realizado dentro de instituições escolares, sanitárias, psiquiátricas, etc. Ocorre uma certa liberação dos costumes tradicionais, uma reivindicação pela liberdade individual, desejo e prazer, evidenciado em movimentos que ganharam expressividade nessa década, como por exemplo, os movimentos feministas. Aquilo que é fabricado na instituição como identidade, seja a homossexualidade ou a loucura, clama-se que seja entendido como uma diferença e não como um desvio ou patologia. Ao invés de pensar-se nas oposições entre proibido-permitido, forjadas na sociedade moderna, criam-se utopias onde tudo é possível. Declínio do normal-patológico e abertura a diversos usos do corpo.

Outro evento fundamental acontece em grande parte dos países capitalistas por volta de 1980, ligado ao estímulo da iniciativa individual. A biopolítica moderna, desenvolvida durante o século XX sob a forma de um Estado que protege a vida e concede garantias relativas à saúde e proteção securitária, é alterada. O modelo de um governo protetor é

substituído, mas em vários outros países capitalistas, por um modelo gerencial (ROSE, 2007). Nesse modo de governo, a questão central é incitar os indivíduos a que cuidem de si, de que se tornem responsáveis por sua saúde e bem estar. Dessa forma, aponta Ehrenberg (idem), o chefe de empresa torna-se um parâmetro ético, um modelo de conduta que fomenta a iniciativa individual. No lugar de uma espera passiva, os indivíduos devem se entregar à tarefa árdua, mas supostamente aventureira, de fazer-se um empresário de sua própria existência.

Os cálculos da suscetibilidade genética abrigam traços desses dois movimentos. Em primeiro lugar, quando se trata de cuidar do corpo, reivindica-se um certo hedonismo, uma certa experimentação da realidade corporal desde que seja ponderada. Vivenciar a existência somática como um cálculo de riscos não significa prioritariamente eliminar as ameaças, mas lidar com elas de modo responsável. Assim, a medicina preditiva propõe certas constrictões, nas quais é possível harmonizar prazer e cuidado. Caso, estivéssemos pré-dispostos à diabetes, a alimentação teria que ser regulada de acordo com essa propensão, evitando certos tipos de alimentos e substituindo-os por outros:

Nós podemos estar geneticamente pré-dispostos a diabetes e sermos apaixonados por guloseimas, o que favoreceria a aparição da doença, ou pelo contrário a evitar, fazendo refeições com legumes verdes, batatas, queijos, levando uma vida saudável. (RUFFIÉ, 1993, p. 73)

O surgimento de uma relação de cuidado com o corpo, baseada na alimentação moderada foi bastante destacada por Bruno (1997). Em relação ao cálculo da suscetibilidade genética, um cuidado se instaura também na decisão de ter filhos ou em contrair laços matrimoniais, suportado pela prática do aconselhamento genético (ROSE,

2000; 2007), bem como em modificações de estilo de vida, relativas a hábitos como tabagismo e práticas de esportes (PEREIRA, 2001). Além dessas, medidas profiláticas extremamente invasivas, como a mastectomia, em caso de diagnóstico positivo dos genes que indicam uma propensão ao câncer mamário, são também notadas (DAVIES, 2004).

Em segundo lugar, o cálculo da suscetibilidade genética aponta para um modo de gerenciar a saúde fora dos parâmetros do Estado moderno. Em termos gerais, a questão atual da saúde passa pela sua promoção, com amparo das tecnologias da comunicação e informação, visando tornar visíveis os riscos a serem controlados (BRUNO, 1997). Governar a saúde é mais uma sedução do que uma assistência, dirigida a indivíduos que devem ser conquistados como uma audiência. O mecanismo fundamental é o tornar responsável através da informação. Castiel & Vasconcelos notam esse fenômeno também na esfera da Internet, onde diversos sites têm sido criados para definir patologias, seus riscos e precauções a serem tomadas. Há propostas de consultas a profissionais *on line* e também a possibilidade de uma auto-expertise, onde o paciente é convertido em consumidor, que produz, através dos recursos fornecidos pelos sites, um diagnóstico aproximado de risco.

Sob tais rearranjos, a organização espacial que suportava o universo subjetivo moderno, dividido entre sãos e enfermos, apresenta sinais de derrocada. A começar pela oposição entre interior e exterior orgânico. Enquanto a anatomia patológica e a Higiene recorriam a um domínio biológico pouco visível que devia ser desvelado pelas autoridades médicas, o monitoramento de doenças prováveis não implica exatamente uma realidade herdada e que nos escapa. A ameaça à saúde, entendida como risco, não é um ser exterior ao nosso controle, mas um conjunto formado pela nossa capacidade de cálculo e controle e aquilo que a desafia. Tal diferença é frisada por Ogden (1995): “o risco à saúde vem de uma presença ou ausência individual de controle, a partir da qual se gerencia e dirige as

pressões que expõe o corpo a ameaças” (p. 413). O que nos incita a tomar precauções, a controlar o corpo não é mais uma realidade biológica articulada ao perecimento. Lidando com riscos, estamos lidando com uma gama mais ampla e complexa de fatores, envolvendo pelo menos três elementos: uma pressão, a disponibilidade de meios técnicos de intervenção³² e nosso auto-controle. No risco não estamos lidando com um mal já presente ou que saberemos com precisão quando irá se manifestar e sim especulando acerca de um evento provável, sem definição nítida no espaço e no tempo.

Temos crise semelhante no espaço geográfico, no qual o Hospital estava separado dos demais espaços da existência. Enquanto na modernidade, o tratamento ocorria prioritariamente em espaços fechados sob os auspícios médicos, o cuidado deve agora se iniciar de modo mais precoce, a partir da recepção e busca de informações em qualquer espaço da existência, seja este institucional ou não. Assim como o Estado estimula que os indivíduos recorram a medidas preventivas, a ciência e meios de comunicação expandem os recursos necessários para uma inspeção anterior ao olhar médico.

Naturalmente, estamos longe de dispensar totalmente as autoridades médicas. Porém, a sua forma de diagnosticar e intervir terapêuticamente está sendo construída sobre um novo eixo, onde a mobilidade dos corpos é estimulada de preferência ao isolamento geográfico. Curioso notar que mesmo em práticas antes marcadas pela pressão do Estado e da medicina no sentido de uma normatização do corpo e da saúde, as decisões estão sendo remetidas ao paciente. Segundo Rose (2007), um dos campos onde esta tendência se concretiza de forma

³² Em relação ao campo diagnóstico da medicina genômica, há críticas dirigidas ao abismo entre a capacidade diagnóstica e os métodos de intervenção (LE BRETON, 2003). Embora existam testes para suscetibilidades e doenças monogênicas, as terapias não avançaram o suficiente para solucionar o transtorno diagnosticado, gerando uma informação sem proveito prático. Entretanto, alguns fenômenos indicam que mesmo em face de doenças com forte componente hereditário, como a doença de Huntington, posturas ativas são construídas. Rose & Novas (2000) argumentam, a partir do estudo de fóruns virtuais de discussão sobre esta doença, que a biologia aí não se torna destino incontornável. Pacientes e seus parentes debatem formas mais adequadas de tratamento, pesquisam novos medicamentos, os discutem a partir de sua própria experiência e avaliam a possibilidade de ter filhos.

mais evidente é o aconselhamento genético. Seu argumento discute o vetor pastoral do biopoder, iluminando as formas de governo de si.

Segundo o autor, as técnicas de aconselhamento genético surgem por volta de 1930, constituindo uma forma de governo de si mais tradicional, ligada àquilo que Foucault denominou poder pastoral. Em tal início, tratava-se de moldar as decisões individuais em relação à reprodução e evitar a transmissão de características hereditárias ligadas a doenças. O objetivo, nessa fase eugênica, era melhorar a saúde da população como um todo. A partir dos anos 50, inicia-se uma fase menos diretiva de aconselhamento genético, que ganha a forma final por volta de 1970, quando o potencial de intervenção sobre a descendência por meio de testagens pré-natais é ampliado. A comunicação do risco genético passa a receber atenção especial, dado que se estreita a relação entre o conhecimento e a intervenção sobre a vida, implicando, por exemplo, em decisões relativas ao aborto.

Com a maior facilidade de acesso a testes de pré-disposição, a preocupação com o papel da informação se acirra. O poder pastoral adquire características relacionais, pois ao invés de fluir unidirecionalmente, do médico para o paciente, trata-se de buscar o consenso, a comunicação e a decisão. O sujeito sob tratamento não espera o desvelamento daquilo que não sabe, mas é incitado a se tornar um observador ativo que recolhe o máximo de informações e as utiliza em prol de uma decisão. Conectado ao conhecimento genético, perante especialistas ou não, o indivíduo enfrenta sua corporeidade como uma matéria a ser moldada a partir de seus próprios esforços. “Cada vida individual se torna concebida como uma espécie de projeto”, afirma Rose (2007, p. 116).

Em virtude dessa visibilidade do sofrimento, na qual o espaço binário é substituído por um espaço liso, deixamos de nos tornar sujeitos perante uma realidade biológica que, quando silenciosa, implicava um olhar interiorizado e, quando ruidosa, um isolamento institucional. Ao invés de pacientes que contemplam o mundo interior ou o mundo exterior

pela janela do Hospital, o risco genético convoca observadores atentos, conectados o mais cedo possível a informações distribuídas em uma série de espaços: televisão, rádio, Internet, residências e escritórios e *também* nos hospitais.

3.6 ...E na predição.

Em tais práticas de controle de risco, o futuro surge como fonte de inquietações. Para muitos autores, o olhar sobre o tempo equipara a vida a um planejamento, no qual a responsabilidade pelo bem-estar é deslocada do Estado para o indivíduo. Nesta linha situa-se Ehrenbergh (2000). Segundo o sociólogo, quando o corpo se torna uma realização da vontade, nos tornamos simultaneamente onipotentes e frágeis. Onipotentes, porque o domínio biológico é visto como um projeto individual; frágeis porque tudo é referido ao nosso controle e responsabilidade e o fracasso não é mais desculpável.

Já Costa (2004) frisa dois movimentos que tracionam em direção opostas: o biológico é o palco onde as realizações do indivíduo resplandecem e ao mesmo tempo serve de refúgio, de defesa contra responsabilizações. Quando hipóteses científicas enviam o comportamento ao plano genético, o indivíduo pode muito bem se sentir ileso a acusações morais. Esse jogo acena para uma identidade exteriorizada, que não se refere a uma interioridade psíquica, mas coincide plenamente com aquilo que aparenta. Em uma bela análise Sant'Anna (2001), considera a existência humana desertificada, em virtude do desaparecimento dos abrigos que doavam proteção aos pensamentos, desejos e sentimentos: "há uma multidão de corpos que parecem estar literalmente sob o sol do deserto sem chance de abrigo, sem segredo, sem diferença entre o lá e o aqui, esturricados pela exposição midiática" (p. 67).

Esses autores avaliam que o sujeito da atualidade encontra-se mais ameaçado do que fortalecido: a fragilidade supera a onipotência, derivando um estado perpétuo de incerteza.

Podemos considerar esse fenômeno também nos limites entre normalidade e patologia. Enquanto o domínio biológico estava circunscrito por uma “ontologia do mal” (CANGUILHEM, 1994) e as fronteiras entre normalidade e patologia imperavam, sabíamos onde estávamos e o que éramos. Quando o risco genético apaga essa ontologia, estamos todos sãos e um pouco enfermos, imersos na incerteza.

No entanto, essa incerteza transborda o campo da saúde, sendo produzida por práticas que requisitam um indivíduo capaz de se adaptar a mudanças sociais constantes e extremamente velozes: devemos ser flexíveis, inovadores, ter iniciativa caso desejemos ser bons alunos e bons trabalhadores (EHRENBERGH, op. cit.). Quando a vida se torna projeto, a incerteza é deslocada da periferia para o centro da cena subjetiva: “os projetos de vida individuais não encontram nenhum terreno em que acomodem uma âncora”, as identidades, mais do que construídas, são ameaçadas, pois não há como, diz Bauman (1998, p. 32), “deter o eu flutuante e à deriva”. (idem).

Esses autores parecem assinalar a incerteza como um efeito do cálculo de riscos e da experiência da vida como projeto. Uma outra via, que nos parece mais interessante, irá situá-la como a própria matéria dessa experiência. Em outros termos, alguns autores nos indicam que a incerteza é produto de um individualismo, enquanto outros enfatizam a construção do indivíduo em condições de incerteza. Representante dessa segunda linha, Rose (2007) destaca que as intervenções médicas em escala molecular vêm se distanciando do determinismo genético. A relação *um gene - uma doença* é bastante diferente no campo da genômica, onde são estimadas propensões ao adoecimento. Nesse cenário não há futuro certo e, por isso, as decisões dos agentes podem ser más escolhas. Afinal, não há como saber se a doença diagnosticada no plano genético irá realmente se desenvolver.

As decisões sobre o uso do corpo são povoadas por dilemas. Vaz (2006) indica uma dupla incerteza que acomete o indivíduo frente ao risco: “de um lado, o sofrimento futuro é

meramente possível; de outro, nada garante ao agente no presente que ele terá o mesmo sistema de valor do observador que ele será no futuro” (p. 54). Dado que o controle do corpo envolve sempre uma renúncia, poderá haver arrependimento pela constrição efetuada no presente, pois esta projeta não somente uma situação futura, mas também o sistema de valores daquele que faz abdições. Em outros termos, o asceta em um determinado momento de sua vida poderá se abandonar ao prazer.

Por isso, a experimentação, a esperança e a incerteza ganham positividade no campo ético. Ainda que a obrigação de decidir em face de incerteza, possa causar grande ansiedade e medo de fracassar, a resignação diante do biológico aparece como um valor a ser evitado (2007). Isso dá margem para que novas formas de governo da vida sejam criadas. A idéia não é tanto conduzir a população ao bem estar ou os indivíduos à normalidade, mas mobilizar os indivíduos para a produção de novas formas de intervenção sobre a vida. Trata-se de conjugar esperança e inovação, onde os tratamentos clínicos experimentais, produtos farmacológicos, pesquisas científicas e potenciais pacientes são trazidos para um terreno comum. A saúde é antes produzida do que restabelecida, já que passa pela experimentação; o governo de si não é tanto regido pelo medo do biológico, mas pelo temor em não fazer boas escolhas, contando com a esperança e a incerteza como afetos primordiais.

Feito o exame da importância da noção de risco para a produção de subjetividade, podemos retornar à questão deixada em aberto no capítulo passado: nas atuais configurações espaço-temporais do olhar, pode-se dizer que o controle aumentou? O campo da incerteza e da decisão nos leva a duas considerações. Se o cuidado com o corpo é expandido para diversos lugares extra-hospitalares, cabe considerar que seu mecanismo é o

diagnóstico de riscos. Trata-se de estimativas, onde a incerteza e a bifurcação das situações futuras estão presentes. Ver o futuro, nesse sentido, é um procedimento impreciso, expresso sempre em probabilidades, muito distante de uma determinação exata.

Uma suposição. Mesmo que a genômica se torne um saber mais exato, doando precisão inédita aos testes genéticos, os parâmetros para a decisão ainda seriam instáveis, dependendo da comunicação ao invés da imposição da autoridade médica. Dependem, portanto, tanto da deliberação do indivíduo quanto da capacidade técnica de inovação. Porém, uma escolha em relação ao futuro pode ser uma má escolha, já que o cenário estipulado pode não se realizar. Em outros termos, se o olhar sobre o futuro se tornar exato, a decisão sobre o que fazer do corpo permanece atada à mobilidade dos corpos no espaço liso. Se a organização da visibilidade no espaço se tornar cada vez mais organizada, ainda assim o destino do corpo não será conhecido com precisão, mas estimado.

Desse modo, espaço liso e o campo de possibilidade suportam o regime atual de visibilidade da patologia, que se implicam mutuamente, entram em tensão, formando essas duas alternativas que apontam para um diagnóstico de um controle diferenciado, ao invés de um simples aumento da vigilância. No próximo capítulo, expandiremos a análise da subjetividade, retornando ao tema do normal e patológico. Cabe ainda responder o que surge no lugar dessa oposição: qual o estatuto do *sofrimento* e da *saúde* na atualidade, como estes estão sendo resignificados como práticas que constituem o sujeito?

Capítulo IV

A dor na molécula

No capítulo passado, nos situamos dentro de uma crise entre normal-patológico, cujos desdobramentos subjetivos nos interessaram. A iluminação da patologia em escala molecular forneceu a chave para a leitura desse problema, do qual cabe recordar, envolve ressonâncias sobre a bio-política. Enquanto na era moderna, as práticas de controle do somático legitimaram-se sobre o adoecimento expresso em sinais, muito freqüentemente sobre a superfície e textura orgânica, nos deparamos agora com fenômenos da ordem do provável, cujo cuidado demanda-se em todos setores da vida cotidiana. E para isto, não é preciso que a doença tenha, ou venha com toda certeza, se manifestar.

Realizamos, portanto, uma análise da subjetividade a partir da ênfase de nossa cultura em prever, antecipar e simular. Verificou-se também nos capítulos precedentes a pertinência desse olhar à valorização do capitalismo contemporâneo notadamente ao consumo e ao prazer. Em certo sentido, a dor exposta não se torna compatível com esses vetores, daí o valor estratégico que as práticas médicas adquirem ao recuar do orgânico ao molecular. A partir dessa leitura, um pouco rapidamente tomamos como certo o fato de que tal visibilidade suprimiria o sofrimento.

Porém, se as estratégias do governo de si vêm sendo consideradas aqui bio-políticas, cabe ainda permanecer em um inquérito sobre um dos elementos que articulam o sujeito às malhas do poder: o sofrimento. Vimos que quando os Estados modernos isolavam determinados em prisões ou hospitais psiquiátricos, tais procedimentos, que ainda vigoram, erguiam-se sobre estimativas científicas acerca da periculosidade dos sujeitos, visando garantir o bem estar e segurança da população. Portanto, ao olhar são concedidos vastos direitos, como desvelar a intimidade orgânica, reconstruir o espaço institucional e urbano, desde que esteja voltado para a mitigação da dor.

Nesse sentido, ainda que a iluminação genômica embaralhe as fronteiras entre normal e patológico, cabe considerar em que espécie de sofrimento ela pode ainda se apoiar. Um

sofrimento que, certamente, não tem como referência o universo em que os indivíduos sintomáticos se diferenciavam claramente daqueles não sintomáticos, em que os enfermos e os sãos cuidavam do corpo de forma divergente. Em outras palavras, tentaremos refinar o diagnóstico realizado no segundo capítulo segundo o qual nossa cultura tenta obscurecer os sintomas, a dor, o sofrimento através de um olhar sobre o tempo.

Como estratégia de abordagem vamos colocar em tensão *visibilidade e bio-poder*. A lógica do espetáculo, que segundo muitos autores define o olhar contemporâneo, opõe ser e aparecer; já o bio-poder envolve fundamentalmente a oposição entre viver e morrer. Provocando um desequilíbrio entre esses dois campos, retornaremos ao final à relação entre visibilidade e sofrimento.

4.1 A dor como espetáculo

As questões que versam sobre o lugar do sofrimento na cultura contemporânea vem sendo freqüentemente apreciadas sob o ângulo do espetáculo (BRETON, 2003; COSTA, 2004; ZIZEK, 2005). Considera-se que no regime do espetáculo, ser e aparecer se tornam equivalentes; ver é observar de longe, é fazer do mundo e do outro, uma imagem destinada ao deleite dos espectadores. Segundo Costa (2004), existem aí dois ideais que regem as relações entre os indivíduos: a felicidade das sensações e a vida como entretenimento.

Pelo primeiro princípio, devemos estar a todo tempo desfrutando o máximo de nossa existência, sem espaço reservado ao vazio, isolamento ou tristeza. O prazer não é uma exceção, um momento particular que sucede às constrições, e sim uma regra. Afirma-se no terreno do êxtase, da grande intensidade e do efêmero. Esse ideal é complementado por uma indiferença em relação ao sofrimento alheio, pois para que o mundo seja fonte de contínua diversão é necessário que a dor seja colocada à distância. Nesse instante, o ideal

da vida como entretenimento intervém proporcionando essa condição. Como observados em uma tela, os eventos que podem nos causar desconforto são tratados como se pertencessem a um mundo anônimo, privado de interesse concreto.

Os paradoxos que movem a moral do espetáculo são explorados por Zizek, (2005), segundo o tencionar entre a *paixão do semblante* e a *paixão do Real*. Enquanto uma das marcas do século XIX, segundo o autor, reside na concretização de projetos políticos, científicos e pessoais sob forma lenta e gradual, o século XX suprimiu as etapas intermediárias, com seus homens e mulheres buscando diretamente aquilo que almejam. Uma crítica à aparência e à representação explica esse movimento. Busca-se, por exemplo, remover as camadas enganadoras da realidade segundo uma investigação materialista, capaz de criar uma ordem coletiva através do gesto revolucionário; nas artes, as vanguardas são impulsionadas por desejo semelhante, não se limitando mais ao representar. Em um extremo, os próprios códigos sociais são alvejados, segundo o que Zizek chama de *paixão pelo Real*³³.

A paixão pela Real se expressa no esforço em transferir práticas transgressivas situadas às margens da sociedade para o seu interior. Zizek a descreve inicialmente no plano do pensamento, no qual se destacam as proposições de Ernst Jünger. Esse filósofo, diante dos horrores da Primeira Grande Guerra Mundial, exalta a violência trocada nas trincheiras como a mais autêntica das formas de relação entre seres humanos. No campo da sexualidade, o fenômeno análogo é encontrado na exposição do corpo em *sites* pornográficos, que, buscando um extremo do erotismo, instalam uma micro-câmera em um pênis artificial para explorar a feminilidade, naquilo que se supõe sua dimensão mais

³³ Real é usado pelo autor em letras maiúsculas, frisando sua pertença ao pensamento lacaniano. Zizek possui uma elaboração própria desse conceito, fusionando-o a dimensões isoladas por Lacan. Assim, haveria um Real-real, dimensão da subjetividade marcada por uma experiência traumática e dilacerante de negação, um Real-simbólico, que se refere ao plano dos códigos e axiomas pelos quais experimentamos o mundo e um Real-imaginário, do qual as paisagens oníricas, nas quais há encontros com um excesso aterrador, são bons exemplos. Para maiores esclarecimentos, cf. Zizek & Daly (2006), especialmente pp. 13-18.

autêntica. A proposta é que interditos, que podem ser suspensos momentaneamente em alguns circunstâncias muito particulares da vida social – festas, rituais e guerras – sejam consolidados no cotidiano.

Há uma inversão franca do campo de visibilidade biopolítico. Enquanto na era moderna, o cotidiano se tornava objeto de atenção no interior de instituições austeras, o século XX passou a cuidar, sonhar e buscar a realização pelo extraordinário. Deixou-se um pouco de lado os indivíduos comuns ou desviantes infames, para se assistir acontecimentos singulares e celebridades midiáticas. Nessa busca, a própria vontade de ver ameaça se deteriorar: “Nesse ponto extremo ocorre uma mudança: quando se chega muito próximo do objeto desejado, as fantasias eróticas se transformam em repugnância diante do Real da carne exposta” (idem, p. 20). Essa experiência não é de difícil localização: em uma cultura que, não contente em disponibilizar estimulações agradáveis, acolhe, desenvolve e aperfeiçoa métodos para ampliar a experiência do prazer, como as drogas sintéticas, ambientes relaxantes e técnicas de estimulação sexual, chega-se facilmente ao esgotamento e à indiferença.

Uma conseqüência importante desse processo é o surgimento contínuo de novas promessas de transgredir, onde a simulação deve se aproximar cada vez mais da realidade até o ponto de negar-se como representação. Dessa ótica pode-se compreender, a produção dos *snuff movies*, filmes cujo maior apelo não é a crua exposição do sofrimento, mas a propaganda alardeando que os assassinatos e atos de sado-masoquismo realmente ocorreram durante as filmagens.

Assim, a paixão pelo Real engendra a paixão pelo semblante. Enquanto a primeira busca um contato com o extraordinário, a última o suaviza e ao mesmo tempo o renova. O que é aterrorizante pode ser experimentado na distância concedida pelos suportes midiáticos. Aquilo que provocava impacto, passando a ser inócuo, conspira para que

novas imagens ainda mais transgressoras sejam produzidas. Desta forma, vivemos obcecados pela a imagem, modo de apreensão do mundo tão requisitado que ameaça ocupar seu lugar. Porém, o semblante não equivale apenas a imagens midiáticas, mas inclui coisas que são destituídas de seu peso ameaçador. Para Zizek (idem), estamos esvaziando a substância das coisas que escapam ao controle e ameaçam nossa sobrevivência. Tanto no campo das dietas, como no campo da ética³⁴, pode-se encontrar exemplos desse procedimento. Em uma sociedade preocupada com a boa forma do corpo, consome-se produtos privados de suas características primordiais, como o a cerveja sem álcool e o café sem cafeína. Da mesma forma, a tolerância com as culturas não ocidentais participam desse jogo de privação da substância. Quando o multi-culturalismo proclama a aceitação das diferenças de costumes está implícito que essa aceitação só pode se dar pelo distanciamento, sob a forma de apreciação do exótico. Quando se aceita o outro como uma forma que não interfere em nossa realidade, está se falando de um outro sem alteridade, sem presença.

Uma das conseqüências dramáticas do jogo entre essas duas paixões seria a introdução da dor como espetáculo. Somente como forma distante de nossa realidade, é que poderíamos suportar o sofrimento. Enquanto a cobertura jornalística ao ataque ao World Trade Center em 2001, privou o espectador de cenas de corpos mutilados, sangue e rostos agônicos, relatos sobre o colapso político no Leste europeu ou sobre a fome na África não poupam detalhes mórbidos, valendo-se de imagens de mulheres estupradas ou corpos cadavéricos cobertos por insetos. Em suma, o terrível, angustiante e traumático só pode se passar alhures, do outro lado do mundo, em uma realidade da qual se pode julgar

³⁴ A convergência entre esses dois campos já havia sido notada por Bruno (1997), que a situou através da importância da gestão do risco para a nossa relação com o mundo e o corpo. A autora inventa um neologismo para essa relação: a *diet`etica*

desligado. A reação emocional apareceria mitigada, impedindo a perplexidade. Assim, Vaz (1997) imagina a experiência dos espectadores dessas tragédias:

“aquela pobreza, aquele tipo de vida está à distância; podem olhar que ela não vai nos invadir. A piedade provocada não fazia com que saíssem de seu lugar; ao contrário garantia que não se seria perturbado”. (p. 233)

Caso a culpa assole o espectador, a idéia é que se possa comprar a redenção. As imagens do sofrimento podem envolver também uma busca pela sua mitigação, caso das campanhas humanitárias que procedem exibindo corpos violentados, famélicos, enfraquecidos por todo tipo de moléstia. Tomamos contato com o esgotamento dos recursos naturais, com a degradação das nações africanas ou com a banalização da morte nas favelas muitas vezes através de campanhas caritativas que contam hoje com grande apoio dos veículos de comunicação (FERRY, 2006). Mas a responsabilidade aí criada geralmente assume forma momentânea e fragilmente engajada. A paixão pelo semblante impediria que a perplexidade se propague, fazendo com que o desconforto despertado pelo sofrimento alheio seja pacificado através de doações, que correspondem ao máximo de intervenção sobre um universo contemplado a partir da tolerância e simpatia perante o exótico.

4.2 A supressão da dor

Quando a lógica do espetáculo atinge as práticas médicas, o sofrer é mais do que filtrado pela moldura das telas: é suprimido. É nessa linha de análise que se situa o antropólogo David Le Breton (2003). Em “Adeus ao corpo”, o programa da bio-medicina contemporânea é definido segundo a proposta de fazer do corpo uma máquina perfeita.

Contraposto à carne, o mecanismo estaria livre de uma série de imperfeições que nos tornam seres limitados espaço-temporalmente. O corpo, pelo qual habitamos o mundo, implica uma percepção apenas parcial da realidade, nos submetendo ao adoecimento, assim como às paixões, desejos e necessidades. Ao buscar corrigir as imperfeições corpóreas, a bio-medicina integra uma empresa mais ampla que requer a eliminação de traços orgânicos que nos tornam perecíveis.

No argumento apresentado por Breton, os procedimentos em jogo coordenam múltiplos planos e graus de intervenção. Podem atingir simplesmente o *'design'* do corpo, começando a modelar a anatomia, através das cirurgias plásticas e musculação, das operações de mudança de sexo, da *body art* propalada por artistas como Orlan e Stelarc, estendendo-se às formas já cotidianas de marcar o corpo, ilustradas pelos *piercings*, tatuagens, implantes subcutâneos, laceração, fabricação de cicatrizes, etc. Também alcançam planos mais íntimos, como os afetos tomados pela intervenção psicofarmacológica sobre o humor, a vontade e o interesse sexual. Não deixam intacta a mais crua intimidade biológica, caso dos fetos e do material hereditário modificados laboratorialmente, bem como das atividades sexuais convertidas em sexo cibernético. Em um extremo, tentam criar suportes tecnológicos, para os quais as atividades perceptivas e mnemônicas seriam transferidas, dispensando o corpo como equipamento obsoleto.

A lógica do espetáculo alcança tais práticas corporais em toda sua extensão. Ela é mais evidente no campo das modificações do design, onde nossa constituição orgânica é sujeita ao aperfeiçoamento estético. Um dos elementos fundamentais dessa lógica, a equiparação entre ser e parecer, estaria por trás do sucesso das cirurgias plásticas: “ao mudar o corpo, o indivíduo pretende mudar sua vida, modificar seu sentimento de identidade” (LE BRETON, p. 30). O ocaso pelo qual os sentimentos e a intimidade estariam passando dá espaço a práticas que constroem a identidade segundo a exposição

perene ao olhar do outro. O lugar de maior autenticidade será o lugar de maior objetividade: a superfície de nossos gestos, as formas e texturas orgânicas. Por isso, o desenvolvimento da personalidade corresponderá a atividades de controle do somático, que buscam moldá-lo segundo a vontade individual³⁵.

Porém, Le Breton não resume a lógica do espetáculo a tais práticas. O autor indica raízes históricas da valorização da imagem muito recuadas, constituídas antes do aparecimento dos meios de comunicação de massa. Proviriam de um culto antigo à alma, cujos primeiros traços devem-se às doutrinas gnósticas. Retomando a terminologia de Zizek (2005), podemos dizer que é uma paixão pelo semblante, que instalada no cerne dessas doutrinas, engendra o desejo de modificação do corpo cujo ideal equivale a restituir a “nudez última de um ser” (CIORAN apud LE BRETON, p. 14). Essa nudez fundamental, que designa um corpo despido de sofrimentos e desejos, reaparece transfigurada, séculos depois, na visão dos primeiros anatomistas, para quem o corpo por excelência é o cadáver. Desde então, o apreciamos objetivamente, dissociado do indivíduo que porta valores, sentimentos e cultura. Recebendo essa herança, os biólogos e cirurgiões de nossos dias lidam com o organismo apenas como índice de uma máquina maravilhosa.

Assim, o antropólogo parece sugerir que a imagem midiática é um avatar da alma e da luz. A troca do organismo por formas leves e fluidas, tais como códigos, linguagens, informação e imagem, corresponderia aos intentos da tecnologia mais avançada do campo

³⁵ Costa frisa que a construção da identidade a partir da exposição ao olhar alheio não é uma exclusividade da cultura contemporânea. (ORTEGA, 2001; COSTA, 2004). Na Antiguidade greco-romana, os guerreiros e sábios também construía suas identidades frente ao olhar alheio, exibindo feitos heróicos ou realizando construções filosóficas e retóricas a partir do diálogo em praça pública. O controle do corpo, sobretudo da sexualidade, era um requisito para essas práticas e outras nas quais um homem se tornava cidadão. A singularidade contemporânea é tornar esse controle um fim ao invés de um meio. A boa forma corporal, a juventude e a beleza tornando-se valores autônomos, separariam as práticas corporais do universo comunitário e político.

biomédico. O Projeto Genoma apresenta em toda sua roupagem moderna (ou pós-moderna) o retorno a objetivos sacros, expressos pelas comparações entre o mapeamento do material hereditário e a descoberta do cálice do Graal, no qual acredita-se ter sido depositado o sangue de Cristo.

Essa busca vem, no entanto, afastada de preocupações terapêuticas. O que é almejado está longe de se resumir à cura; trata-se de despojar o corpo de suas características fundamentais. Nesse sentido, a medicina contemporânea teria se divorciado da clínica, ocupando-se da linguagem genética ao invés de acolher o sofrimento. “A medicina deixa de se preocupar somente com cuidar, justificando-se dos “sofrimentos” possíveis; ela intervém para dominar a vida, controlar os dados genéticos” (p. 23).

Dois exemplos seriam fundamentais para a demonstração do autor, ambos indicando a separação entre tratamento e o diagnóstico. A genômica dotou a medicina com a capacidade de localizar com precisão os genes responsáveis por alguns tipos de patologia; daí surgirem técnicas com intento de diagnosticar com o máximo de precocidade. Uma das mais notáveis é o diagnóstico genético pré-implantação. A técnica procede avaliando a propensão ao desenvolvimento de certas doenças com forte componente hereditário em embriões fertilizados artificialmente; em etapa posterior, aquele que se mostrou em boas condições é introduzido para ser gestado. Ao invés de curar, de dar a vida, seleciona-se o ser menos suscetível à enfermidade; a prevenção requer a eliminação do doente potencial. Os testes feitos para indivíduos já constituídos participam da mesma problemática. Conta-se com testes capazes de detectar, por exemplo, a suscetibilidade à grave doença degenerativa e monogenética conhecida como Coréia de Huntington; no entanto, faltam meios para intervir sobre a doença propriamente dita.

Le Breton nota: não há vontade terapêutica ou caritativa, mas vontade de dominação. O secreto motor das investigações bio-médicas contemporâneas, sobretudo no campo da

genômica, reside no prazer de antecipar, de prever; nada mais do que ver o destino através de um corpo transfigurado em essência hereditária. Voltada para o deleite obtido pela observação dos códigos e mecanismos genéticos, a única característica retida pela medicina de seu passado clínico é o diagnóstico. Entretanto aqui não há laços sólidos entre classificar a doença e curá-la. Conhecer o risco genético e tomar medidas preventivas aparece como único exercício clínico possível em uma era devotada à censura da carne na experiência do corpo. Podemos apontar a existência de uma doença incurável ou evitar o aparecimento de uma doença provável; abater o sofrimento real estaria fora do horizonte da medicina dos genes e moléculas.

O fascínio pelo código corresponde ao declínio da clínica, e este fascínio seria expresso fielmente por um novo dualismo, consolidado entre o corpo percível e a estrutura molecular que se prolonga além da existência individual. Seguindo um procedimento cognitivo muito próximo ao platônico, o médico sustentado pela biologia molecular dirige, nos alerta o antropólogo, seu olhar para longe do mundo cotidiano com o único intuito de neste encontrar a verdade.

4.3 Do ser-aparecer ao ser-perecer: a lógica biopolítica

Apoiadas sobre a oposição ser-aparecer, as críticas ao espetáculo procuram definir o sofrimento como elemento condenado à obsolescência. Se a dor resplandece, trata-se de sua forma moderna sob auspícios midiáticos, destinada ao entretenimento ou em vias de confortar moralmente. Ao ser tratada pela medicina, é antes de tudo suplantada pela obsessão pelos códigos e mensagens genéticas. Certamente, poderíamos concluir de uma outra maneira. O sofrimento irá se propagar indefinidamente pelas mãos de uma medicina que apenas diagnostica ou de campanhas caritativas superficiais. Aqui, contudo, estar-se-ia lidando com um fenômeno residual do funcionamento das sociedades contemporâneas,

produzido mais por displicência do que pela potência positiva de mecanismos múltiplos de saber-poder.

Convém destacar que em nossa indagação o terreno do ser-parecer talvez não seja o mais propício à exploração proposta. A intenção é investigar o sofrimento de um ponto de vista biopolítico; nesse sentido, o par mais apropriado não seria *ser-parecer*, mas algo como *ser-perecer*. Ferreira e Pedro (2007) frisam que a lógica no poder moderno dispõe de *viver* e *morrer* enquanto termos fundamentais. Lembremos que isso se encontra no cerne da definição, através da qual Foucault nos apresenta ao bio-poder: “pode-se dizer que o velho direito de *causar a morte* ou *deixar viver* foi substituído por um poder de *causar a vida* ou *devolver à morte*” (p. 130). Os autores mencionam a presença do tema ainda na fase arqueológica do filósofo. O “Nascimento da Clínica” é uma obra onde figuram as possibilidades de verdade abertas pela morte, precisadas segundo os procedimentos da autópsia: pela dissecação do cadáver temos acesso às leis vitais. Ponto de vista que não se esgota a Bichat ou a um momento específico da medicina, mas que instaura uma das assertivas mais sólidas nas pesquisas em fisiologia e biologia: as leis que regem os fenômenos mórbidos serão encontradas também nos fenômenos normais. A morte não é mais a noite que impede o avançar científico, mas ponto de apoio para a compreensão da totalidade dos fenômenos biológicos.

Há, portanto, tensão, afrontamento e vastas passagens entre os dois domínios. Há, nesse sentido, um conjunto bio-político e tanato-político desenvolvendo-se simultaneamente (FERREIRA & PEDRO, op. cit.). Dito de outro modo: entender o sentido da produção da vida é também indagar sua dissolução ou aquisição de novas formas. Enquanto Foucault isolou as primeiras práticas no âmbito moderno, reservou pouco espaço às últimas, consideradas próprias ao poder de violar o corpo e determinar a

morte do qual dispõe o Soberano. Autores contemporâneos, no entanto, irão retornar ao conceito, dotando-lhe de dupla face.

No plano filosófico, Agamben imerge nas formas jurídicas do poder, a fim de compreender um aspecto moderno insuficientemente explorado nas análises foucauldianas: o campo de concentração. Por envolver um considerável número de procedimentos jurídicos, científicos e políticos bem articulados em torno da extinção biológica, as práticas nazistas entram em confronto com aqueles princípios fundamentais do poder moderno: “causar a vida” e “devolver a morte”.

No campo, é criada uma zona de indistinção entre a vida política e a vida biológica. No detalhamento trazido pela análise, ganham relevo duas características importantes atribuídas por Foucault ao bio-poder: produção de conhecimento científico e intervenção política sobre a dimensão biológica. No entanto, esses planos são percorridos em direção inversa ao apontado pelo pensador francês. Enquanto as disciplinas e técnicas bio-políticas favoreciam a saúde, os corpos que habitam o campo são o mais nítido exemplo de uma tanato-política, destroçados em experimentos e submetidos a uma rotina que torna a intimidade totalmente exposta. Isto se dá em tal escala que caberia questionar o proveito de tais procedimentos para a saúde ou bem estar de outro grupo social³⁶.

Se a vida aparece aí sob ordenamento jurídico, caberia distinguir pelos menos duas dimensões da existência humana: a vida qualificada, civilizada e a vida nua, desqualificada, puramente biológica. Enquanto a vida qualificada designa o cidadão que habita a cultura, a vida nua designa uma dimensão limítrofe entre a política e a natureza. Não é selvagem, nem natural, mas indefinida do ponto de vista do poder e, exatamente

³⁶ A transformação de humanos em cobaias experimentais está longe de se limitar à Alemanha em seu período nazista. Entre 1932 e 1972, no Alabama, foi conduzido o Estudo Tuskegee, que dispôs de 400 homens negros contaminados pela sífilis. Apesar de haver tratamento medicamentoso antes mesmo que o experimento fosse iniciado, o grupo foi privado, para que o curso natural da doença pudesse ser observado. (ARAN & PEIXOTO JUNIOR, 2008)

por isso, perfeitamente moldável segundo seus mais ínfimos movimentos. Seria insuficiente ligar a vida nua a um grupo de pessoas, como judeus, perversos, homossexuais, etc; trata-se mais de uma condição humana à qual o fato político está ligado de modo fundamental³⁷.

Embora o nazismo tenha sido condenado, o filósofo italiano frisa a pertinência de seus fenômenos aos princípios do político. A tomada da existência biológica em sua dimensão mais crua pode ser encontrada em qualquer sociedade ocidental, mesmo na mais moderna, pois todo exercício político concebe um momento em que o ordenamento jurídico poderá tomar a vida não qualificada. Um estado de exceção pode ser decretado dentro do âmbito democrático, como o demonstram as intervenções em nome da Segurança Internacional a título de contenção do terrorismo. A situação dos prisioneiros confinados em Guantanamo em muito se aproxima da dos judeus, cuja vida se confunde com a ordem do campo. O rio bio-político e o tanato-político correriam subterraneamente desde a mais remota era em que, no Ocidente, há decisão sobre a vida coletiva; em alguns momentos, seu fluxo tornar-se-ia mais visível.

O princípio fundador dessas práticas é a inclusão exclusiva. Em outros termos: toda sociedade concebe alguns homens como puramente matáveis, sem que recaia vestígio de ilegalidade sobre o ato homicida. A existência destes indivíduos é alvo de ordenamentos apenas na medida em que pode ser eliminada. Pode-se já na Roma antiga encontrar uma figura jurídica que torna a vida matável: o *Homo Sacer*. Mas a situação de tal figura exemplar da tanato-política não se limitaria a um passado, no qual poder-se-ia supor que os homens não sentiam repugnância em matar, nem temiam tanto sofrer. Segundo Agamben, reger a vida nua, ao invés de uma situação excepcional, confundiu-se cada vez

³⁷ Sigo aqui a interpretação de Žižek: “a distinção entre os que se incluem na ordem legal e o *Homo Sacer* não é apenas horizontal, uma distinção entre dois grupos de pessoas, mas, cada vez mais, também a distinção vertical entre as duas formas (superpostas) como se pode tratar as *mesmas* pessoas. (p. 47)

mais com o ordenamento jurídico. Desse ângulo, o que Foucault nomeou singularidade moderna não corresponde precisamente ao nascimento da bio-política, mas à transformação da vida assujeitada em existência sujeita de direitos. O campo, em que a vida é suposta à política, alarga-se juridicamente com os direitos políticos mesclando-se continuamente à existência biológica, e, cientificamente, com a medicina moderna tornando-se uma espécie de intervenção sobre o corpo social³⁸.

Mais recentemente, zonas de indistinção entre a vida biológica e a vida cultural têm sido criadas por vetores tecnológicos (FERREIRA & PEDRO, op. cit.). Tais vetores apresentam a curiosa característica de abordar os fenômenos biológicos segundo a teoria da informação. Como já examinamos no capítulo passado, a biologia molecular adotou as metáforas informacionais, descrevendo a passagem da hereditariedade como um processo de codificação e decodificação. Desde que a década de 50, observa-se o desenvolvimento de pesquisas com base na convergência entre vida e informação, como a biologia molecular, engenharia genética e ciências da cognição. Em tais práticas e saberes, a equiparação entre os planos culturais, técnicos e biológicos é visivelmente acompanhada por possibilidades de atuar sobre o corpo em nível molecular.

Encontramo-nos em uma fase avançada desse processo, cujas bases remontam à cibernética e teoria da informação, pesquisas iniciadas entre 1940 e 1950. A singularidade do presente jaz na tentativa de fazer convergir diversos campos tecno-científicos já bastante especializados, mas que transitam no mesmo plano de indistinção entre orgânico e o não-orgânico, agindo sobre a molécula ou mesmo sobre o átomo. Curioso notar que nesse nível, matéria e vida não são reinos tão díspares quanto antes: “a molécula é tanto a possibilidade de emergência de novas propriedades na matéria como possibilidade de

³⁸ Cf. O Nascimento da Medicina Social (FOUCAULT, 2005b). Interessante notar que é em um texto sobre medicina moderna onde termo bipoder aparece pela primeira vez.

fabricação do vivo” (FERREIRA & PEDRO, 2007, p. 6). Seria legítimo supor que o jogo entre tanato-política e bio-política estaria sendo submetido a um ligeiro, mas significativo desvio.

A transitividade entre as duas práticas até muito tempo esteve presa ao corpo individualizado – jurídico ou orgânico, não importa; a existência biológica denotava uma individualidade acabada. Tomemos o cadáver como exemplo; ainda que dissecado, reduzido a tecidos e órgãos nas mesas de autópsia, a idéia era compreender como a patologia pode se irradiar de um ponto para o outro, criando sintomas bastante diversos (FOUCAULT, 2004). Assim, o procedimento original de análise recebia o contraponto da organização hierárquica dos órgãos e tecidos em sistemas; a ordenação do corpo segundo um conjunto de funções fornecia a chave de sua integridade. Uma seqüência de nucleotídeos, no entanto, é algo bem diferente. Pode-se fazer com que circulem por diferentes suportes, sejam estes dotados de características técnicas ou orgânicas. A zona de indistinção entre vida qualificada e vida não qualificada é constituída na escala molecular e não mais do corpo individualizado. Caso uma seqüência genética esteja armazenada na célula de um organismo, não haveria muita dúvida de que se trata de um material vivo. Mas armazenado em um banco de dados, mesmo que extraídos de um órgão de um ser humano, seu estatuto seria mais duvidoso³⁹.

A tensão entre orgânico e não orgânico alterna-se àquela entre vida e morte, proporcionando diferentes práticas de saber-poder. Thacker (2005) apresenta um exemplo

³⁹ As controvérsias sobre o estatuto das células extraídas do baço de um paciente do Centro Médico da Califórnia foram estudadas por Rabinow (2002). Interessante notar que a decisão final abriga uma dualidade explícita. Ao final do julgamento foi declarado não haver apropriação indébita das células pelo então pesquisador do Centro Médico, e que, portanto, o paciente não deteria direitos de posse sobre partes de seu próprio corpo. Um dos juízes responsáveis pela sentença final opinou que “o queixoso pediu-nos que reconhecêssemos e fizéssemos cumprir o direito de vender o tecido do próprio corpo com vistas a lucro. Ele nos convida a considerar o receptáculo humano... equiparável à mais vil mercadoria. (p. 176). Por outro lado, a sentença valida essa mesma equiparação, pois das células originais produtos medicamentosos tornaram-se disponíveis para a venda.

de uma clínica médica organizada no plano comum à matéria e a vida. Refere-se à criação do primeiro banco de dados de informação sobre DNA organizado em larga escala do qual devem irradiar processos para diversos campos: desenvolvimento de fármacos, terapêuticas e ensaios clínicos. Criado em 2000, o *Gene Trust* baseia-se no fornecimento gratuito de informações e amostras clínicas. A aquisição funda-se na promessa da conversão dos dados em serviços que beneficiarão mais tarde os pacientes, enquanto a empresa se beneficia da potência desses dados em produzir mercadorias inovadoras.

Nota-se que a informação é suposta a processos de materialização e rematerialização. Em primeiro lugar, é oferecido um serviço gratuito e voluntário: o paciente envia amostras de sangue para exame e arquivamento; as vantagens oferecidas seriam derivadas da análise desse material e sua conversão em fármacos e outros procedimentos terapêuticos. Essas partes de seu corpo são transformadas duplamente em informação; primeiramente pela formação de um perfil e a seguir pela transposição da amostra para códigos genéticos. No momento em que esses dados convertem-se em produtos, como fármacos e outros recursos terapêuticos, ocorre uma rematerialização do conteúdo informacional sob forma técnica. Quando o paciente os utiliza, a informação é reconfigurada outra vez, passando a existir e agir sobre o nível biológico.

Aqui estamos a larga distância da visão quase platônica dos códigos definida por Le Breton. Nesse caso, e em outros que estão se desenvolvendo, pode-se dizer que o sofrimento participa da dinâmica cultural segundo a transitividade entre orgânico e não orgânico. Antes de determinar suas formas, vejamos o sentido de saúde a partir dessa perspectiva.

4.4 A saúde molecular

Concebendo a informação como *medium* entre vivo e não vivo, o significado da saúde e da clínica tornam-se problemas a serem explorados. A solução encontrada por Le Breton deságua em uma atitude contemplativa em relação à estrutura genética e no esvaziamento da terapêutica. Indica-se um retorno para uma fase que antecede à medicina moderna, na qual a preocupação com a classificação nosológica supera a da intervenção médica⁴⁰.

Outros autores, como Reid (1992) seguem outra via que nos parece mais interessante, que procura alternativas, simultaneamente, às perspectivas de continuidade e de total ruptura. Contestando um retorno à taxonomia, o autor aponta a preocupação em tratar do indivíduo, representada pelo mapeamento das suscetibilidades individuais ou produção de medicamentos segundo a formação genética que cada paciente apresenta. A ação sobre os códigos genéticos representa um duplo afastamento; por um lado não apela exatamente para uma concepção de corpo organizado e unificado, por outro, elege o domínio somático e não o taxonômico. Sua originalidade é agir sobre fenômenos em vias de produção.

Trata-se de um olhar sobre o tempo, que se acerca do campo de possibilidade das patologias. A princípio, seu dispositivo toma elementos finitos sob sua guarda; então neste conjunto limitado de elementos que compõe o código hereditário poderão ser realizadas recombinações, gerando novas formas de existência, sejam de natureza celular, química, técnica, etc. Nas palavras de Reid, há um jogo entre *finito-ilimitado*, onde a terapia excede o restabelecimento de uma natureza afetada.

O caso de Jonh Moore, analisado por Rabinow (2002), nos ajuda a compreender sua dinâmica. Como paciente do Centro Médico da Califórnia durante a década de 70, esteve

⁴⁰ Referimo-nos aqui à medicina das espécies analisada por Foucault (2004), que se refere a uma atitude pré-clínica.

sob tratamento para um tipo raro de leucemia. O procedimento de extração do baço foi recomendado e concluído resultando na reversão do quadro mórbido. No entanto, um dos pesquisadores da universidade requisitou amostras de sangue, medula óssea, pele e esperma das quais uma linhagem de células foi transformada laboratorialmente e, posteriormente, patenteada. Ainda que a intervenção cirúrgica não tenha atingido o patrimônio genético, a utilização das células em pesquisas diversas sugere um abalo nas linhas demarcadoras entre terapia e a produção de novos seres.

Reid (op. cit.) chama a atenção para a impossibilidade desse evento no quadro da medicina moderna. Seu dispositivo repousava também sobre elementos finitos, mas sem deles produzir novas formas de existência. O campo prático e epistemológico da clínica moderna opera sobre um circuito formado por limites articulados em torno da produção do indivíduo como figura positiva do saber; iniciando pela importância do cadáver para a compreensão da patologia. O corpo inerte e anatomizado representa e manifesta o peso da finitude sobre nossa existência. Em segundo lugar, o olhar clínico é aquele que se detém nas formas finitas do corpo do indivíduo; as cores e texturas transitórias vasculhadas no exame são de especial relevância diagnóstica. Por último, a ação terapêutica é limitada ao retorno à natureza afetada, donde se define saúde como restabelecimento da vitalidade modificada.

Contrastando o dispositivo clínico contemporâneo com o moderno, alguns autores sugerem uma artificialização da medicina. Opõe-se, por exemplo, uma medicina do desejo a uma medicina da necessidade, onde cada termo corresponde, respectivamente, à natureza e ao artifício (HOTTOIS, 1999). A dinâmica atual envolveria a abolição desses limites, que, em última instância, faz do corpo humano um instrumento para experimentações. Conclui-se pela ausência de critérios objetivos para separar saúde e aperfeiçoamento, terapêutica e melhoramento, e pela delegação ao exercício clínico da tarefa sempre

inconclusa de atender desejos perpetuamente renováveis. A própria referência ao código genético abre uma indeterminação entre todos os planos – técnicos, animal e humano – dissolvendo a individualidade e tornando o vivo uma entidade completamente abstrata e aberta à modelagem (LE BRETON, 2003).

Nota-se que o problema da saúde é enviado a um cenário mais amplo, passando a abarcar o tema da superação do humano. Há aqueles que acusam uma transformação do corpo em misto de tecnologia e carne e das capacidades biológicas em funções protéticas. Há também aqueles que celebram as possibilidades dessas extensões sob o signo do aumento das faculdades perceptivas, mnemônicas e da performance muscular. Sob o termo *transhumano*, Ferreira e Pedro (2007) alocam estes últimos debatedores. Saúde para os transumanistas seria sempre um conceito relativo, e que cabe ser discutido e ultrapassado. Em certo sentido, o corpo que ainda não foi alterado tecnologicamente parecerá sub-normal a esse lado da contestação⁴¹.

Em diversos aspectos, a narrativa de uma superação do humano requer cautela. Logo de início cabe analisar a evidência do eixo biológico-natural, que serve como fundo do qual destaca-se a originalidade das atuais práticas médicas. É muito duvidoso que o corpo humano já tenha sido uma natureza puramente fisiológica e anatômica; seria mais prudente alegar que o domínio somático vem sendo suposto, desde remotas eras, a uma tarefa de adestramento, onde a vitalidade é modificada (ROSE, 2007). Segundo Ansell-Pearson (1997) e Sloterdijk (2000), não se pode negar as bases técnicas, constantemente abordadas pela Antropologia, sobre as quais o humano é construído; entre estas, a linguagem oral e

⁴¹ Há autores que, ao invés de usar o termo *transumano*, preferem *pós-humano*. Hayles reserva ao termo pós-humano, o sentido de uma equivalência e uma plena transitividade entre aparatos técnicos e existência biológica, na qual qualquer atributo humano, como inteligência, suporte corporal e consciência, parece ser insubstituíveis. Ansell-Pearson usa o termo transumano criticando essa primeira posição, considerada ingênua ao desconsiderar o fato do homem ser desde seu aparecimento uma espécie de animal voltado para o futuro, que almeja superar sua condição. Em Santos (2003), pode-se encontrar uma análise desses autores e dos termos em questão.

escrita constam como próteses fundamentais que estendem a percepção e a memória. Dessa perspectiva, o que se pode dizer sobre a medicina moderna é muito mais cauteloso. Antes que descobrir a existência biológica, trata-se de uma interferência em um ser já em avançado estado de adestramento, operada talvez em uma escala e nível de refinamento inéditos.

Outro problema é transformar um jogo entre forças em futuro irreversível, conduzido por um único vetor de caráter técnico (ANSELL-PEARSON, 1997). Cabe substituir essa visão fatalista por uma outra, onde a tecnologia faça parte de um conjunto amplo de acontecimentos em vias de transformar a experiência da vitalidade. Entre esse conjunto, segundo Rose (2007), destacam-se processos de *molecularização*. O termo abriga um sentido epistemológico, visando o plano em que os conceitos e intervenções médicas sobre a vida são feitos em escala infra-individual e infra-orgânica, como o diagnóstico genético de pré-implantação. Designa também um rompimento com o determinismo que atribuía somente ao gene o papel de produtor do organismo. Essa visão vem se desgastando, especialmente quando o Projeto Genoma Humano mostrou que o número de proteínas é consideravelmente superior aos dos genes⁴². A partir de então, tem-se prestado muito mais atenção às funções regulatórias dos genes e uma diversidade de processos que ocorrem no plano intermediário entre o material hereditário e as formas orgânicas.

O desgaste do determinismo genético abre espaço para que uma política da vitalidade se constitua, onde as decisões sobre o corpo, a doença e a saúde são feitas sob condições de incerteza. Aqui se destaca um terceiro sentido para *molecularização*, referente à ética, entendida como valores a partir dos quais os indivíduos decidem sobre sua vida. Seguindo uma leitura particular do bio-poder contemporâneo, Rose (2007) sugere que ao invés das

⁴² O número de genes mapeados foi algo em torno de 20 e 25.000, enquanto o de proteínas aproxima-se de 100.000. (ROSE, 2007)

práticas se moverem sob resguardo de categorias universais como justiça, bem estar e equidade, as decisões são tomadas sob variáveis instáveis que tentam dar conta da diferença entre modos de vida, qualidade de vida e estilos de vida. São políticas da vitalidade e não do normal-patológico, não apenas porque as biotecnologias podem aperfeiçoar a saúde, mas também porque o poder sobre a vida é desproporcional às questões suscitadas, mobilizando intenso debate e incerteza. Pode-se intervir sobre embriões congelados, mas não sabemos se estamos lidando com um ser humano ou não; pode-se diagnosticar diversas doenças em termos de propensão, mas não sabemos quando e mesmo se elas irão surgir. Em suma, há sempre a presença do acaso e da incerteza em torno do poder sobre a vida, o que nos inquieta e mobiliza.

Bauman (2001) também argumenta em favor da contingência dos vetores tecnológicos no plano do cuidado com a saúde. A tecnologia não superou o biológico, mas o recriou dentro de um contexto sócio-político de imensa instabilidade, diagnosticado como *capitalismo leve*. Neste, os eventos centrais são constituídos pela abertura das nações ao intenso fluxo de capital e a diminuição dos encargos do Estado em relação à sociedade. Conseqüentemente, todos os componentes da vida social são desregulamentados em favor de uma existência fluida e desarraigada; as formas de relacionamento amoroso desenvolvem-se sem fortes compromissos, os vínculos empregatícios são breves e frágeis, as obrigações do Estado com relação ao Bem estar e saúde dos cidadãos são dissolvidas. Como os projetos a longo prazo são trocados por breves encontros, os indivíduos procuram se adaptar à extrema instabilidade social, sendo o desenvolvimento de performances físicas e faculdades mentais um dos recursos importantes.

Nesse momento singular, experimenta-se uma crise aguda na disciplina e em todas suas separações entre normalidade-anormalidade. Estas faziam sentido quando a durabilidade dos padrões sociais coincidia com o tempo de vida individual; assim, era possível regular a

vida através de normas objetivas. Os padrões de saúde podiam acomodar-se a uma experiência social regular e durável. O mesmo não acontece no capitalismo leve, de fluxo e desregulamentado. Ser saudável, no sentido de estar sem doenças, não bastará. É preciso algo mais; um estado de “bem-estar aprimorado”, que como destaca Vigarello (1999), tornou-se um novo padrão de saúde formalizado pela Organização Mundial de Saúde.

Tendo ponderado o diagnóstico de artificialização da medicina, da saúde e do corpo, podemos admitir que um novo significado para a saúde emerge da transitividade do vivo e não vivo. Este sentido é o da otimização. Otimizar implica aperfeiçoamento antes que restabelecimento de um corpo acometido por doenças. Dentro desse sentido cabem pelo menos duas espécies de práticas (ROSE, 2007). Em primeiro lugar, as tentativas de ampliar o prazo de vida, tal como propõe a medicina preditiva e, em segundo, as tentativas de ampliar as capacidades cognitivas e de performance física, como pode ser observado nos remédios usados com finalidade de ampliar a memória ou a atenção.

4.5 Sofrimento contemporâneo

Muitas críticas têm sido feitas em relação a esse novo sentido da saúde, no qual o corpo ao invés de restabelecido de um desvio, é otimizado em suas capacidades. Um dos campos mais interessantes para apreender como o corpo está sendo submetido a operações de melhoramento é dos psicofármacos. Nos deteremos aí com a finalidade de entender como os processos de molecularização do corpo e da saúde envolvem o sofrimento.

Na atualidade, é notável o entrelaçamento das pesquisas genômicas com a farmacologia. Com o recuo às funções genéticas e processos moleculares, abriu-se espaço para ações medicamentosas extremamente precisas. Entre essas aplicações, destaca-se a fabricação de remédios “sob medida”, ou seja, de acordo com as variações do código

genético que se dá entre indivíduos e formam uma espécie de perfil molecular. Isso possibilitaria diminuir ou evitar danos produzidos por efeitos colaterais e também diagnosticar transtornos, como a depressão, em sub-grupos.

Outra aplicação concerne às chamadas *smarts drugs*, remédios que não apenas corrigem um déficit, mas aprimoram capacidades cognitivas. A idéia não é exatamente nova; há 30 anos, Cornelius Giurgia formulou a noção de medicamentos nootrópicos, propondo burlar a evolução produzindo um cérebro melhor através de aperfeiçoamentos farmacológicos (ROSE, 2006). Mais recentemente, esse projeto recebeu insumos da pesquisa genômica. A empresa *Helicon*, partindo de estudos em moscas, conseguiu detectar mecanismos genéticos e protéicos por trás da formação da memória a longo prazo. A princípio, a investigação teve como finalidade produzir recursos terapêuticos que diminuíssem os problemas gerados pela perda de memória em doenças como o Mal de Alzheimer. Entretanto, em 2002, os produtos foram denominados “Viagra para o cérebro”, associados à melhoria do desempenho e não à restituição da normalidade.

Das muitas inquietações despertadas, destacam-se a ameaça de controle da alma e produção de estados artificiais de felicidade. O exemplo do Prozac, anti-depressivo bastante popular com base em fluoexitina, é interessante. Embora não seja uma droga desenvolvida a partir de pesquisas genômicas, a polêmica representa a problematização atual das *smart drugs*. Algumas críticas que lhe são dirigidas giram em torno do efeito otimizador; além de aplacar os efeitos depressivos, traz um efeito de melhora em relação ao estado normal. A modificação, portanto, é, de certa forma, cosmética, não somente porque conduz a um estado melhorado, mas porque se produziria de forma imediata, sem que o enfermo deliberasse sobre si (ROSE, 2007).

Esse último aspecto gera bastante inquietações. O importante bioeticista Leon Kass frisa a separação entre medicamentos que ajudam o doente a retomar sua

responsabilidade, distintos daqueles que promovem estados artificiais em que o indivíduo se destaca da realidade. Os estados de consciência seriam artificiais porque não correspondem a uma situação vivenciada (ROSE, 2007). Le Breton (op. cit..) em perspectiva semelhante, nota que o esforço moral e cognitivo que dispensamos para lidar com adversidades estaria se tornando ultrapassado; basta agora que uma pílula seja ingerida. A única vontade que guia o indivíduo nessa situação é a escolha da droga apropriada ao estado mental que se deseja suprimir ou produzir. Em verdade, tratar-se-ia de uma vontade que abdica de qualquer vontade.

Esse ponto de vista requer uma análise mais criteriosa. O problema abordado consiste na crise entre normalidade e patologia e entre terapia e melhoramento. Como vimos, uma molecularização do corpo e da ética configuram-se como vetores históricos fundamentais na produção dessa crise. Ao invés de afirmar que não existe mais esforço para a constituição de um estado afetivo ou cognitivo, seria mais interessante entender como tais alterações convocam um trabalho sobre si diferenciado.

Nessa linha de pesquisa, Rose (2007) questiona um ponto comum a essas críticas: não há sofrimento na busca pela cura, e sendo esta realizada, o paciente recebe uma felicidade artificial. Segundo o autor, a administração das drogas requer um monitoramento constante das variações emocionais ou cognitivas, cabendo ao paciente aprender a distinguir nuances entre afetos e a nomeá-los. Por vezes, o auto-monitoramento se materializa em questionários ou diários, ganhando precisão e minúcia. Além disso, o fato de o tratamento originar-se pela medicação não significa que intervenções psicoterapêuticas sejam dispensadas. A linha cognitivo-comportamental é bastante usada, na qual se aprende a perceber e trabalhar sobre pensamentos que, sob forma de crenças, favorecem ou inibem determinados comportamentos.

Considerar artificiais os efeitos obtidos por medicamentos seria igualmente apressado. A conversão da vida em escala molecular implica uma ética, cujos elementos são formados por aquilo que o paciente deseja modificar através das tecnologias bio-médicas. No caso das *smart drugs*, refere-se à vontade, aos afetos e ao humor. Busca-se um auto-controle a partir desses elementos, assim como as preocupações higiênicas e o isolamento hospitalar foram meios para governar o biológico. Nessa perspectiva, seria forçoso atribuir ao estado cognitivo e afetivo produzido um caráter artificial, pois é nesse plano que o sujeito reconhece a si mesmo quando a vida é tomada em escala molecular. Cabe ainda mencionar que muitas vezes a administração dos fármacos está mais ligada a um jogo entre ganhos e perdas do que à eliminação do sofrimento. No caso dos anti-depressivos, efeitos adversos como perda de libido, são contra-balançados com as melhorias produzidas pelos medicamentos. Sabe-se que há uma troca entre infelicidades; a do estado medicado, mais intensa, que é sucedida por uma outra que, senão excluída, é diminuída.

Os fármacos, no entanto, envolvem um outro aspecto que é interessante explorar. Até aqui, tratou-se do pólo da produção da vida, deixando de lado as práticas tanatopolíticas. Pode-se, primeiramente, avaliá-las através de efeitos que a obtenção de direitos de propriedade intelectual sobre células e genes produzem sobre a saúde pública.

Waldby propõe o termo biovalor para designar a inserção da vida na economia, na qual “corpos e tecidos derivados do inerte são reempregados para a preservação e aprimoramento da saúde e vitalidade”. (Waldby *apud* Rose, 2007, p. 32). Mais recentemente, além de órgãos e tecidos, fragmentos cada vez mais minúsculos da vida estão sendo convertidos em valor econômico. Depois de bactérias modificadas geneticamente, admitiu-se o patenteamento de células modificadas de um órgão humano, na decisão já comentada do caso Jonh Moore. Aqui se revela a radical extensão da

transitividade entre vivo e inorgânico: é considerado inovação aquilo produzido através de processamento e modulação de informação, sejam seus componentes de caráter digital ou genético. (SANTOS, 2003).

A produção de biovalor está intimamente vinculada aos processos de molecularização. O desenvolvimento de estudos sobre mecanismos intermediários entre o gene e o organismo, como processos de *splicing*⁴³, ocorreu juntamente com o estreitamento dos laços entre indústria e universidades. A Lei de patentes e marcas criada na década de 1980 nos Estados Unidos estabeleceu os parâmetros para o encontro entre esses processos. Ao mesmo tempo em que tornou obrigatório que as universidades transformassem suas invenções em produtos patenteáveis, criou recursos jurídicos para que as intervenções biotecnológicas pudessem ser consolidadas sob forma de propriedade intelectual (RABINOW, 2002).

Várias são as conseqüências desse processo; por um lado, as universidades receberam insumos do capital financeiro e por outro, as indústrias passaram a produzir conhecimento e pesquisa de forma inédita, acolhendo bibliotecas, seminários e professores visitantes. O que nos interessa destacar é a formação de laços entre o capital especulativo e as pesquisas genômicas. A valorização da propriedade intelectual tornou-se acirrada já que foi inscrita em um ambiente extremamente competitivo. Antes mesmo que algum produto seja lançado, as empresas o divulgam no mercado de ações, fazendo com que as propriedades intelectuais sejam reivindicadas em estágios cada vez mais precoces da pesquisa. Exemplo desse processo é o caso das *etiquetas de seqüência expressa*, segmento seqüenciado do DNA constituído por algumas centenas de bases. Esses

⁴³ Splicing é um processo pelo qual uma seqüência de bases nitrogenadas é cortada e editada por mecanismos celulares, tornando-se distinta da ordem que consta no código hereditário. Esse procedimento permite que um número reduzido de genes produzam um número três vezes maior de proteínas, como acontece na espécie humana, onde o splicing recebe várias formas alternativas.

pequenos trechos começam a ser enviados a escritórios de patentes antes mesmo que sua função seja entendida. Desde 2004, a cessão de direitos de propriedade intelectual está sendo mais rigorosa, mas essa prática de patenteamento ainda está em vigor.

Quando se sabe que os genes relacionados ao câncer de mama e de ovário, entre muitos outros, já estão patenteados por empresas, pode-se imaginar os efeitos dramáticos sobre a vida cotidiana, especialmente sobre os países subdesenvolvidos. Ferreira e Pedro (2007) frisam como a assimetria no acesso a medicamentos tende a se intensificar segundo a valorização econômica da vida. Enquanto o Instituto Nacional de Saúde norte-americano investe mais de vinte milhões de dólares para a produção do ViraGel, um microbicida vaginal que impediria a passagem de qualquer vírus, as mulheres africanas usam suco de limão, que aplicam sobre suas vaginas, tentando defender-se da Aids.

Diante dessa desproporcional distribuição e acesso aos recursos de otimização da vida, cabe evocar a vida nua, exposta e entregue aos mais ínfimos movimentos do poder. Os processos tanatopolíticos envolvidos desenvolvem-se a partir da plena passagem entre processos biológicos, técnicos e materiais, através da qual uma base nitrogenada pode ser considerada propriedade intelectual. Interessante notar como a iluminação do tempo, ou seja, do campo de possibilidades referentes à saúde, se aproxima da valorização econômica da vida.

A aceleração tecnológica e econômica desloca o interesse pelo atual e pelo presente decretando, com tal deslocamento, o fim da modernidade. A atenção concentra-se não no que é, mas no vir a ser. O olhar se volta para o futuro; melhor para a antecipação do futuro (SANTOS, 2003, p. 88).

Santos (idem) frisa a transformação da vida e do mundo em pacotes de informação. Esse processo seria a última empreitada colonizadora, dirigida não mais na escala dos países, cidades e indivíduos, mas no terreno infra-orgânico, ameaçando destruir não somente o sentido da cultura, mas também o da natureza. O patenteamento da vida corresponderia à mais extrema redução do ser à matéria e exploração do seu valor.

Da perspectiva foucauldiana, que adotamos aqui, reservamo-nos a análise dos efeitos produtivos do poder. E um destes é notadamente a intervenção sobre a vida em escala molecular. Os diversos vetores que compõe esse processo, ainda em estado instável, encontram no traslado entre orgânico e inorgânico seus meios de ação, que envolvem tanto formas de favorecer a vitalidade, aumentar as esperanças de cura e longevidade, quanto de abandoná-la à mais cruel destruição. Contudo, cabe admitir que boa parte do sentido do que somos, bem como nossas esperanças e desejos estão sendo moldados sobre a correspondência entre vida e informação. Mesmo que isso se dê na História, sua força de convencimento ainda está por ser modificada e dificilmente o será por um gesto único de denúncia que pretende trocar as ilusões por um olhar lúcido. O poder, como ensinou duramente Foucault, faz ver.

Submetendo os resultados anteriores sobre visibilidade e sujeito à análise do bio-poder que acabamos de realizar, algumas novas conclusões se impõem. Quanto à insistência do olhar sobre o tempo, cabe acrescentar que esta não se esgota à experiência da vida como um planejamento individual, conduzida pela incerteza e inquietação com as probabilidades de adoecimento. Ao lado dessa vivência, cabe destacar o aspecto tanato-político envolvido no patenteamento de tecidos, células e mesmo seqüências de nucleotídeo, que se tornam campos de possibilidade para a produção de novos seres. Mais virtuais do que atuais, há

indícios de que podem tornar-se termos de um contrato econômico que, com freqüência, se desdobra em crescimento da desigualdade no acesso a recursos de melhoria e restabelecimento da saúde.

O mesmo poderia se acrescentar à modificação da espacialidade. Enquanto, o olhar-poder contemporâneo se dirige a corpos móveis, conectados o todo tempo a informações, implicando um movimento de responsabilização, esse mesmo regime de espacialidade integra o conjunto dos processos do capitalismo contemporâneo. Em sua dinâmica, são perceptíveis, o distanciamento do Estado de seus compromissos com a saúde e bem estar da população e o aparecimento de fluxos de capital que investem sobre o campo da saúde de forma bastante assimétrica, moldando-se de uma forma nos países desenvolvidos e de outra totalmente distinta em países em desenvolvimento.

Os investimentos estrangeiros na indústria biotecnológica de Cingapura constituem um exemplo dramático dessa situação. *Biopolis*, um centro científico e industrial construído em 2003 no país, abriga um edifício de sete andares sob uma das condições mais flexíveis de pesquisa do mundo. Além dos custos reduzidos de pesquisa, um dos atrativos especiais é a possibilidade de usar fetos abortados ou embriões descartados para a produção de células-tronco. Como se sabe, trata-se de uma linhagem de células capaz de dar origem a diversos outros tipos de células e, por isso, muito interessante para a produção de fármacos ou mesmo órgãos inteiros. Enquanto, em países como os Estados Unidos, a pesquisa com esse tipo de célula é bastante reservada, as possibilidades abertas em *Biopolis* atraem pesquisadores cerceados por regulamentações em seus países de origem.

Portanto, cabe mencionar que o olhar que responsabiliza e inscreve a vitalidade dos indivíduos no campo do cálculo e da esperança, também cria formas de sofrimento e abandono do corpo ao deslizamento do capital. Talvez o mais intrigante não seja o fato de que a vida estar sendo remontada a questões econômicas, ou que a biologia esteja se

convertendo em informação, mas que reinam sobre esses movimentos os mesmos princípios.

CONCLUSÃO

Uma das disciplinas mais importantes da atual pesquisa biológica, a neurociência, vem devotando boa parte de seus esforços para entender a relação entre pensamento e emoções. Um de seus mais conhecidos porta-vozes, Antônio Damásio (1994), propõe considerar como principal característica do raciocínio humano, a capacidade de previsão. Prever os desdobramentos futuros dos acontecimentos presentes e decidir qual o mais provável nos teria dotado de maiores chances para a sobrevivência. Assim, planejar e pensar são equiparados: “o raciocínio e a decisão ocupam-se desse processo esgotante e incessante de manufatura de planos” (idem, p. 197).

Curioso notar como um dos grandes defensores da medicina preditiva, Jacques Ruffié (1993) se alinha com essa perspectiva. Segundo o autor, “a previsão gera apaziguamento” (p. 13); ela é um fator de esperança, que nos permitiria viver mais e melhor. Moldando a conduta presente pelas possibilidades futuras, teríamos nos tornado seres culturais, entrando no universo da criação técnica e científica. Os primeiros semeadores, mas também os astrólogos, quiromancistas e intérpretes de sonhos formaram uma primeira geração de indivíduos incumbidos exclusivamente dessa atividade. Enquanto aí se tratava de entrar em contato com um futuro irremediável, com o desenvolvimento científico, o futuro passa de destino a universo possível. Esta linha de desenvolvimento culminaria em várias práticas, dentre as quais cabe destacar a medicina preditiva, cuja proposta é fazer da intimidade biológica um campo de abertura às escolhas dos indivíduos.

Essas considerações apontam para o alto valor que nossa cultura reserva à antecipação do futuro. Enquanto os autores citados tomam essa tendência de forma naturalista, como um princípio da evolução técnica e científica, seguimos um caminho diferente. Apresentamos a preocupação e obstinação em prever o futuro das doenças como

acontecimento histórico. Os vetores dessa produção foram apreciados segundo a perspectiva foucaultiana, que reserva ao olhar bio-médico a potência de produzir identidades, onde os corpos são ao mesmo tempo objeto de investigações científicas e de regulações.

Partindo da problemática do olhar moderno, pôde-se notar um deslocamento fundamental. Em primeiro lugar, o espaço que era organizado entre interiores e exteriores para que o corpo fosse visto e tratado com maior eficácia, sofre uma crise, que se evidencia no âmbito das instituições modernas. A instituição hospitalar, central para o cuidado com a saúde desde a modernidade, não reserva mais os privilégios sobre o tratamento, que se estende a todos os setores da existência. Os mecanismos de divulgação de informação procedem nesse regime espacial, de forma a integrar os corpos a cuidados precoces. Trata-se da passagem de um regime de espaço binário para um regime de espaço liso.

Uma grande importância às intervenções anteriores do surgimento de sinais e sintomas aparece simultaneamente no campo da bio-medicina. As pesquisas genômicas são fundamentais nesse plano, dirigindo-se cada vez mais a suscetibilidades ao adoecimento; trata-se de mapear o risco genético envolvido em condições mórbidas comuns e não somente diagnosticar e tratar de doenças hereditárias. O risco aparece aí como categoria central de um cuidado com o corpo fundado no olhar antecipatório. Trata-se da emergência do tempo como objeto de atenção específico do poder.

Notou-se que esse cuidado com corpo está implicado com uma nova organização do sistema produtivo. Enquanto o capitalismo do século XIX e do início do século XX esteve voltado para o problema da fixação dos indivíduos ao aparelho produtivo, a visibilidade do corpo passava pela repartição entre interiores e exteriores. Sua mobilidade era organizada segundo o enclausuramento disciplinar. Com a crise de super-produção do capitalismo, consolidada por volta da década de 1960, o consumo começa a ser estimulado com maior

vigor. Sob tal regime, o sistema fisiológico deve permanecer conectado o maior tempo possível com o meio exterior. E para que essa conexão não seja interrompida, a vitalidade dos corpos deve ser conservada o máximo possível. Nessa cena, em que o movimento é estimulado, a medicina tenta proporcionar os meios necessários para que permaneçamos o maior tempo sem enfermidades. A estratégia fundamental é iluminar a patologia em escala molecular, onde não existe ainda sintoma.

Essas novas configurações espaço-temporais do olhar se mostraram envolvidas na produção de subjetividade. Enquanto a vida biológica na modernidade oscilava entre a normalidade e a patologia, o mapeamento de riscos genéticos nos introduz em um regime fronteiro entre esses dois estados, que se passa em regime de incerteza e intensa atividade antecipatória. Ao invés de movidos pela presença da dor e de sintomas, somos incitados a agir sobre a saúde antes que estes apareçam. A espera e paciência são substituídas pela antecipação e intensa conexão com informações bio-médicas. Como consequência a vida se torna uma espécie de plano a ser decidido sob condições de alta incerteza, pois a estipulação dos riscos é sempre suscetível a enganos.

Ao tratar do significado que saúde e sofrimento estariam adquirindo nessas condições, verificamos o aparecimento de um regime de saber e poder orientado para otimização das capacidades corporais ao invés do restabelecimento da saúde. Essa otimização pode se expressar como gerenciamento das suscetibilidades genéticas ou como aprimoramento. No primeiro, figuram os procedimentos da medicina preditiva, enquanto no segundo podemos incluir o desenvolvimento dos fármacos. Trata-se de viver mais, governando os riscos genéticos, ou viver mais intensamente, com as funções cognitivas e performances físicas expandidas.

Um exame mais rigoroso do poder moderno, de sua tensão entre bio-política e tanatopolítica, mostrou-se interessante para abordar o tema do sofrimento. Se no campo da

medicina preditiva, as doenças pretendem ser extirpadas, no campo terapêutico, a ação dos fármacos obedece outro princípio. Trata-se aí muitas vezes de trocar um sofrimento insuportável por outro mais aceitável. Por outro lado, a fabricação dos fármacos se dá em uma transitividade entre orgânico e inorgânico e não apenas entre vida e morte. Nessa prática, outras implicações sobre o sofrimento podem ser referidas ao patenteamento de remédios, que vem acompanhado por assimetrias nas possibilidades de melhoria e restabelecimento da vitalidade.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN, G. *Homo Sacer- o poder soberano e a vida nua I*, Belo Horizonte: editora UFMG, 2004.
- ANSELL-PEARSON, K. *Viroid life*. London: routledge, 1997.
- ÁRAN, M. & PEIXOTO JUNIOR, C. A.. *Vulnerabilidade vida nua: bioética e bio-política hoje*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Feb 2008.).
- ARANOWITZ, R. *Making sense of illness- science, society, and disease*. Cambridge: cambridge university press, 1998.
- ARMSTRONG, D. “The rise of Surveillance Medicine”. *Sociology of Health and Illness* 1995;17: 393-404.
- BRUNO, F. *Do sexual ao virtual*. São marcos: Unimarcos, 1997.
- BAUMAN, Z. *O Mal estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora, 1998.
- _____ *Modernidade Líquida*, Rio de janeiro: Jorge Zahar editora, 2001.
- CANGUILHEM, G. *La Conaissance de la vie*. Paris: Vrin, 1967.
- _____ *O Normal e o patológico*, Rio de janeiro: forense universitária, 1995.
- _____ *Escritos sobre a medicina*. Rio de janeiro, forense universitária, 2005.
- CARTWRIGHT, L. *Screening the body: tracing medicine's visual culture*. Minneapolis: university of minnesota press, 1995.
- CASTELLS, R. *A Gestão dos riscos - Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1987.
- CASTIEL, L. D. e VASCONCELLOS-SILVA, P. R.: 'Internet e o auto-cuidado em saúde: como juntar os trapinhos?'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(2):291-314, maio-ago. 2002.
- CASTIEL, L. D. *A medida do possível, saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de janeiro: contracapa & fiocruz, 1999.
- CORBIN, A. Dores, sofrimentos e misérias do corpo. *História do corpo, Da revolução à Grande Guerra vol II*, p. 267-343. CORBIN, A. COURTINE, JJ. VIGARELO, G. (dir), Petrópolis: editora Vozes, 2008.

- COSTA, J. F. *O Vestígio e a aura- corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de janeiro: Garamon, 2004.
- DALY, G. ZIZEK, S. *Arriscar o impossível: conversas com Zizek*. Rio de janeiro: Martins fontes, 2006.
- DAMASIO, A. *O Erro de Descartes*. São Paulo: editora Schwartz, 1994.
- DAVIES, K. *Decifrando o Genoma: a corrida para desvendar o DNA humano*, São Paulo: companhia das letras, 2001.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. *Conversações*. Rio de janeiro: editora 34, 1992, p. 209-226.
- DESCARTES, R. *Meditações Metafísicas*. São Paulo: Abril Cultural, 1973, Série: Os Pensadores.
- EHRENBERG, A. *La fatigue d`etre soi- depression et société*. Paris: Odilon Jacob, 1998.
- FAURE, O. O olhar dos médicos. In *História do corpo, Da revolução à Grande Guerra vol II*, p. 13-55. CORBIN, A. COURTINE, JJ. VIGARELO, G. (dir), Petrópolis: editora Vozes, 2008.
- FERREIRA, J. & PEDRO, R. *Biossociabilidade e biopolítica: reconfigurações e controvérsias em torno dos híbridos nanotecnológicos*, não publicado, 2007.
- FERRY, L. *O Homem-Deus ou o sentido da vida*. Rio de janeiro: difel, 2007.
- FOUCAULT, M. *As Palavras e as coisas*, Martins fontes: Rio de janeiro, 1987.
- _____ “O sujeito e o poder”, in RABINOW, P., DREYFUS, H. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica- para além do estruturalismo e da hermenêutica*, Rio de Janeiro: forense universitária, 1995, pp. 321-249.
- _____ *Vigiar e Punir*, Petrópolis: Vozes, 1997.
- _____ *A História da Loucura*, São Paulo: editora perspectiva, 1998.
- _____ *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2005a.

- _____ *Microfísica do poder*, Rio de janeiro: graal, 2005b.
- _____ *Ditos e escritos V*. Rio de janeiro: forense universitária, 2006.
- FUKUYAMA, F. *Nosso futuro pós-humano: conseqüências da revolução da biotecnologia*. Rio de janeiro: Rocco, 2003.
- GUTTMACHER, A. & COLLINS, F. “Genomic Medicine- a primer”. In GUTTMACHER, A. COLLINS, F.S.; DRAZEN, JM. *Genomic medicine- articles from New england journal of medicine*, London & Boston: jonh hopkins university press, 2004, p. 3-13.
- HARDT, M. A Sociedade Mundial de Controle. In *Gilles Deleuze: uma trajetória filosófica*. São Paulo: editora 34, 2000. pp- 357-52.
- JACOB, F. *O Rato, a mosca e o homem*. São Paulo: Companhia das letras, 1998.
- KELLER, E. F. *O Século do Gene*, Belo Horizonte: Crhysalida, 2004.
- KOSELLECK, R. *Futuro como passado*, Rio de janeiro: editora contraponto & Puc Rio, 2006.
- KOYRÉ, A. *Do universo infinito ao mundo fechado*. Forense universitária: Rio de janeiro, 2006.
- MCKUSICK, V. The antomy of the human genome : aneo-vesalian basis for the medicine in the 21st century. *JAMA*, november 14, vol 286, n 118, 20012289-2295, 2001.
- NOGUEIRA, P. R. Da medicina preventiva à medicina promotora. In AROUCA, S. *O Dilema Preventivista- contribuição para a compreensão da medicina preventiva*. São Paulo: editora unesp, 2003.
- OGDEN, J. Psychosocial theory and the creation of the risky self, *Social Science and Medicine*, 40, 3, 409-15, 1995.
- ORTEGA, F. *Corpo e tecnologia de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido*. *Physis, revista de saúde coletiva*, rio de janeiro, 15 (1), 237-257, 2005.
- PENNA, S. D. *A vida na era pós-genômica*. *Jornal da Anbio*, associação nacional de bio-segurança. Ano 1 n 5, 2002.

PINHEIRO, C. Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. *PHYSIS*, revista de saúde coletiva 16 (1); 45-58, 2006.

RABINOW, P. *Antropologia da Razão*, Rio de Janeiro: relume dumará, 2002.

REID, R. Corps clinique, corps génétique. In *Lire l'oeuvre*. Grenoble: J. Millon, p. 59-81, 1992.

REDONDI, P. Le langage du regard: a propos de la naissance de la clinique. *Au risque de Foucault*, 41-52, Paris: centre pompidou/ centre Michel foucault, 1997.

ROSE, N. *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty first century*. New jersey: princeton univerity press, 2007.

ROSE, S. *O cérebro do século XXI: como entender, manipular e desenvolver a mente*. Rio de janeiro: editora globo, 2006.

RUFFIÉ, J. *Naissance de la médecine predictive*, Paris: Odile Jacob, 1993.

SANT'ANNA, D. B. *Corpos de passagem*. São Paulo: estação liberdade, 2001.

SANTOS, L. M. *Politizar as novas tecnologias: o impacto sócio-técnico da informação digita e genética*. São Paulo: edição 34, 2004.

SENNETT, R. *Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental*. São paulo: record, 2003.

SLOTERDIJK, P. *Regras para um parque humano*, São Paulo: estação liberdade, 1997.

THACKER, E. *Global genome: biotechnology, politics and culture*. Massachussets: MIT press, 2005.

TIERNEY, T. F. *Anatomy and Governmentality: A Foucauldian Perspective on Death and Medicine in modernity*. In *Theory & Event*, v. 2, n 1, 1998.

VAZ, P. *O Inconsciente artificial*. São Paulo: unimarcos, 1997.

_____. Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na mídia. *Comunicação, mídia e saúde*, São Paulo: ESPM, v. 3, n 6, pp. 37-61, 2006.

VIRILIO, P. *A Arte do motor*, São Paulo: estação liberdade, 1995.

_____ *Velocidade e Política*, São Paulo, estação liberdade, 1996.

_____ *O Espaço crítico*. Rio de janeiro, ed 34, 2005.

ZIZEK, S. *Bem vindo ao deserto do real!* São Paulo: boitempo editora, 2005.