

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIA HUMANAS
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E CULTURA

CAMILA CALADO

DA ANGÚSTIA AO MEDO:
Finitude e cuidado de si na cultura contemporânea

Rio de Janeiro, RJ
2018

CAMILA CALADO

**DA ANGÚSTIA AO MEDO:
Finitude e cuidado de si na cultura contemporânea**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Escola de Comunicação, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Comunicação e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Gibaldi Vaz

Rio de Janeiro, RJ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C141 Calado, Camila.
Da angústia ao medo: finitude e cuidado de si na cultura contemporânea / Camila Calado. Rio de Janeiro, 2018.
176 f. : il.

Orientador: Paulo Gibaldi Vaz.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura, 2018.

1. Morte. 2. Morte – Aspectos sociais. 3. Doentes crônicos. 4. Hospitais – Aspectos psicológicos. I. Vaz, Paulo Roberto Gibaldi. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Comunicação.

CDD: 306.9

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081



**ATA DA 454ª SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE TESE DE
DOUTORADO DEFENDIDA POR CAMILA CALADO LIMA NA ESCOLA
DE COMUNICAÇÃO DA UFRJ**

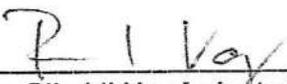
Aos dezessete dias do mês de abril de dois mil e dezoito, às nove horas, na sala 140 da Escola de Comunicação da UFRJ, foi realizada a defesa de tese de doutorado de Camila Calado Lima, intitulada: "*DA ANGÚSTIA AO MEDO: Finitude e cuidado de si na cultura contemporânea*" perante a banca examinadora composta por: Paulo Roberto Gibaldi Vaz [orientador(a) e presidente], Márcio Tavares d'Amaral, Cristina Teixeira Vieira de Melo, Kátia Lerner e Pedro Duarte de Andrade. Tendo o(a) candidato(a) respondido a contento todas as perguntas, foi sua tese:

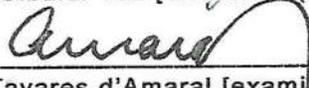
aprovada reprovada aprovada mediante alterações

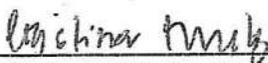
Dada a qualidade e consistência da dissertação teórica e o questionamento de um aspecto decisivo da relevância contemporânea, a banca recomendou a publicação da tese.

E, para constar, eu, Rodrigo de Souza Lessa, lavrei a presente, que segue datada e assinada pelos membros da banca examinadora e pelo(a) candidato(a) ao título de Doutor(a) em Comunicação e Cultura.

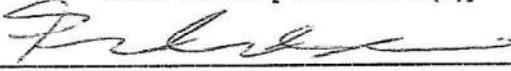
Rio de Janeiro, 17 de abril de 2018

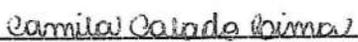

Paulo Roberto Gibaldi Vaz [orientador(a) e presidente]


Márcio Tavares d'Amaral [examinador(a)]


Cristina Teixeira Vieira de Melo [examinador(a)]


Kátia Lerner [examinador(a)]


Pedro Duarte de Andrade [examinador(a)]


Camila Calado Lima

AGRADECIMENTOS

A Deus. Ao cientista.

À minha mãe, médica e católica fervorosa, para quem razão e fé devem sempre andar juntas, e paciente crônica que recusa classificações. Ao meu pai, médico, defensor ativo do risco, e filósofo particular (heideggeriano-sem-saber), valorizador da serenidade e da morte no tempo certo. Agradeço a eles não apenas a inspiração, mas também o amor e o apoio constante a todos meus sonhos - mesmo enfartando com a maioria deles.

Ao meu orientador Paulo Vaz, grande inspiração acadêmica enquanto professor e pesquisador, por me instigar a pensar, pelas aulas e textos brilhantes, pelas valiosas sugestões, pelo incentivo e pela orientação leve e bem-humorada. Sem dúvidas, a tese é um prolongamento de nossos diálogos, falados ou não, ao longo dos últimos quatro anos.

Aos professores Márcio Tavares d'Amaral, Pedro Duarte e Kátia Lerner por gentilmente aceitarem o convite para a discussão do trabalho desde a qualificação, pelo comprometimento na leitura e pelas instigantes questões elencadas na qualificação. Agradeço a todos a inspiração, através de suas aulas e de seus textos, relevantes para muitas questões elencadas na tese. Agradeço ainda ao Pedro as indicações bibliográficas que deram novos rumos à pesquisa e a solicitude constante. À professora Cristina Melo, agradeço o gentil aceite do convite para contribuir com o trabalho nesta fase final trazendo novos olhares e perspectivas.

À ECO-Pós, pelos professores geniais, pelas aulas instigantes e pelos melhores técnicos. Agradeço especialmente aos professores Maria Cristina Franco Ferraz e João Freire Filho e, da secretaria da Pós, ao Thiago Couto e à Jorgina Costa, a gentileza, atenção e presteza habituais.

Aos amigos da ECO-Pós, pelos momentos e saberes compartilhados. Agradeço especialmente à Zilda Martins, Wilson Milani, Patrícia Vaz e à eterna “tchurminha”: Sarah Quines, Lena Benzecry, Thiago Menezes, Jhessica Rheia e Daniel Fonseca. Aos amigos do IDEA, principalmente Ana Carla Lemos. Aos amigos do grupo Mídia e Risco/IDEA, em especial Amanda Santos, Nicole Sanchotene, Bruna Rodrigues e Yago Barbosa.

Ao professor Gilvan Fogel, pelas maravilhosas aulas e pelos ensinamentos filosóficos.

Aos amigos e familiares que contribuíram diretamente com a produção da tese: a melhor junta médica, Luis Lima, Norma Lima, Daniela Costa, Amanda Carvalho; as revisoras mais amadas, Norma Lima e Marília Medeiros; a prima mais sagaz quando o assunto é *print* de revista *online*, Taciana Calado; os melhores designers Claudia Klein e David Macedo; os melhores consultores de língua, Luis Lima Filho, José Lima Neto e Isa Magalhães.

Aos familiares e amigos, pelo amor e torcida. Agradeço à minha irmã Daniela Costa, ao meu irmão Luis Lima Filho, ao meu cunhado Pedro Costa e à minha sobrinha Maria Luiza Costa, pelas melhores perguntas e pela paz que me traz; às famílias Lima e Calado, especialmente minha Vó Naninha, minhas tias Vanda Calado, Sofia Lima, meu tio Toinho Lima, aos primos-irmãos Ingrid Lima, Niedja Calado, Álvaro Lima e José Lima Neto, farmacêutico crítico da medicalização e maior defensor da universidade pública, pela inspiração e pelo primeiro despertar para o estudo da Comunicação e Saúde; às grandes amigas Flaviane Barbosa, Maria Castelo Branco e Paula Fortes; e aos amigos que tornam meu Rio mais feliz: Patrícia Klein,

Claudia Klein, Mônica Andrade, Francisco Souza, Maria Souza, Apoenna Rocha, Dayanne Freire, Laila José, Vitor Castro, João Alvez e Juliano Dantas. Pela inspiração, agradeço a minha tia Nadja, paciente pré-diabética que anuncia aos quatros ventos seu diagnóstico e que se submete a um cuidado crônico com suas práticas alimentares; o meu tio Elon, que, em contraponto, desde o diagnóstico de diabetes, tem aproveitado para curtir os prazeres da alimentação à base de açúcar e carboidratos; a Fogoió que comemorou com muito doce de leite a queda na glicose para 180 – antes estava superior a 300; a minha vó Naninha, cardiopata grave e hipertensa que não abdica de uma boa manteiga salgada, porque “minha filha, se eu comer, eu morro, se eu não comer, eu morro do mesmo jeito”, enquanto suas filhas, em caráter preventivo, optaram logo por retirar o sal de suas práticas alimentares.

Aos colegas das disciplinas do PPGF/UFRJ e dos grupos de filosofia, pelas reflexões compartilhadas e pelas questões suscitadas.

Aos professores-amigos da UFPI: Valéria Silva, pelos ensinamentos constantes sobre a vida e sobre a produção de conhecimento; Gustavo Said, pelos primeiros ensinamentos sobre o fazer científico e pelos constantes diálogos sobre as outras disciplinas; e Socorro Cordeiro, pelas primeiras reflexões sobre uso indiscriminado de medicamentos e sobre os diálogos entre Comunicação e Saúde. Agradeço a todos a presença e o incentivo, desde a graduação.

À equipe do CESS/COPPEAD/UFRJ, pelos diálogos constantes sobre o sistema de saúde, sobre a saúde que temos e a saúde que queremos. Agradeço especialmente à professora Claudia Araujo a oportunidade de participar de tantas pesquisas sobre a adesão ao tratamento e experiência do paciente crônico.

Ao CNPQ (2014-2016) e à Faperj (2016-2018), pelo financiamento da pesquisa.

O futuro é a maneira como reagimos ao que acontece, a maneira como transformamos em verdade um movimento, uma dúvida. Se quisermos ser os mestres de nosso futuro, devemos fundamentalmente formular a questão do hoje. Por isso, para mim, a filosofia é uma espécie de jornalismo radical.

Michel Foucault

Em filosofia, a busca de simplicidade é uma estranha ocupação: quanto mais simples as coisas se tornam, tanto mais enigmáticas permanecem. Também não gostaria de fazer o público acreditar que a filosofia pode responder às suas perguntas.

Martin Heidegger

RESUMO

Pesquisa de cunho histórico reflete, de modo amplo, sobre como se lida com a finitude na contemporaneidade. Identifica-se o anseio pela superação da condição mortal do homem e pelo rompimento das barreiras da temporalidade humana – ápice da técnica; de modo estreito, tem-se a busca pelo adiamento da morte via cuidados preditivos e preventivos. Discute-se a finitude, os jogos entre medo, morte e poder e estuda-se as diferenças históricas do cuidado de si, partindo da moral cristã e, a partir de uma narrativa secular, seguindo para as medicinas moderna e contemporânea, refletindo sobre modos de habitar tempo, conferir sentido ao sofrimento e sobre as mudanças no próprio sujeito. Argumenta-se que a cultura do risco, da medicina de caráter preventivo e preditivo, reverte a angústia com a finitude em medo de advento de uma doença determinada. A partir daí, investiga-se a experiência da doença crônica na cultura contemporânea, ressaltando a convergência entre a experiência de estar sob risco e a experiência da doença e seu caráter de risco. O argumento é desenvolvido a partir da leitura de narrativas midiáticas sobre o câncer, a diabetes e suas categorias pré (pré-diabetes e pré-câncer), com base nas noções de episteme e raridade discursiva de Foucault. Verifica-se o estreitamento dos limites entre normal e patológico, a adoção de um cuidado crônico com a saúde, de práticas de autovigilância no cuidado de si e a realização de intervenções sobre o corpo em condições anteriores ao estado de doença. Evidencia-se a responsabilização do indivíduo pelo advento e pela gestão da doença, o que inclui bem gerir suas emoções no tratamento da enfermidade. Nas narrativas sobre os processos de saúde e doença, nota-se ainda a eclosão do testemunho como narrativa terapêutica, com uma infinidade de textos produzidos por pacientes e familiares em livros e mídias sociais. Observa-se a reivindicação da identidade de sujeito enfermo, na medida em que o diagnóstico autentica o sofrimento individual, o combate ao estigma das doenças e uma política da compaixão. Por fim, propõe-se uma ética da gratuidade, de cunho afirmativo da vida enquanto dor, de apreensão da beleza da transitoriedade e de abertura para liberdade.

Palavras-chave: finitude; cuidado de si; doença crônica; risco; experiência.

ABSTRACT

This historical research analyses how we deal with death in our contemporary culture. It identifies the will for the overcoming of human's condition and for breaking the barriers of human temporality – the apex of technique; closely, there is a search for the postponement of death through predictive and preventive care. For this purpose, it studies death, the relation among fear, death and power, and discusses the historical differences of the care of the self, starting from Christian morality and, from a secular narrative, moving on the modern and contemporary medicines, reflecting about ways of dwelling time, giving meaning to suffering and about the changes in the subject itself. We argue that the culture of risk, the preventive and the predictive medicine, determines the anxiety with death in a fear of the advent of certain disease. From there, we investigate the experience of chronic disease in contemporary culture, highlighting the convergence between the experience of being at risk for disease and the experience of the disease itself. The argument is developed based on the readings of mediatic narratives about cancer, diabetes and its pre-categories (pre-cancer and pre-diabetes), guided by Foucault's notions of episteme and discursive rarity. We identify the narrowing of the boundaries between normal and pathological, the adoption of chronic care with health, self-vigilance practices in self-care and the performance of interventions on the body in conditions prior to the disease state. We note the individual's responsibility for the advent and management of the disease, which includes managing their emotions in the treatment of illness. In the narratives about the processes of health and illness, we can also see the outbreak of the testimony as a therapeutic narrative, with an infinity of texts produced by patients and relatives in books and social media. The claim of identity of patients is observed, insofar as the diagnosis authenticates individual suffering, the fight against the stigma of illness, and a politics of compassion. In light of that, we advance the argument of an ethics of gratuity, an affirmative character of life as pain, of apprehension of the beauty of transience and of openness to freedom.

Keywords: death; care of the self; chronic disease; risk; experience.

LISTA DE IMAGENS

FIGURA 1 – Diagnóstico	88
FIGURA 2 – Relação médico-paciente	88
FIGURA 3 – Relação médico-paciente 2	89
FIGURA 4 – Box fator de risco	97
FIGURA 5 – Capa Veja Lula	98
FIGURA 6 – Marisa na janela	99
FIGURA 7 – Depoimento paciente 1	106
FIGURA 8 – Epidemia silenciosa	108
FIGURA 9 – Sintomas diabetes	108
FIGURA 10 – Efeitos devastadores	109
FIGURA 11 – Depoimento paciente 2	110
FIGURA 12 – Depoimento paciente 3	111
FIGURA 13 -Depoimento paciente 4	112
FIGURA 14 – Uma grande ameaça	113
FIGURA 15 – Capa Angelina Jolie	116
FIGURA 16 – Valor maior	117
FIGURA 17 – Efeito Angelina	120
FIGURA 18– Opinião leitor 1	121
FIGURA 19 – Opinião leitor 2	121
FIGURA 20 – Paciente	123
FIGURA 21 – Cálculo das doenças	124
FIGURA 22 – Famosos com câncer	126
FIGURA 23 – Famosos com câncer 2	127
FIGURA 24 – Mutações genéticas	128
FIGURA 25 – Detecção diabetes	130
FIGURA 26 – Mudanças do diabetes	130
FIGURA 27 – A um passo da doença	132
FIGURA 28 – Prevenir-se pela boca	133
FIGURA 29 – Ajuda extra	134
FIGURA 30 – Pré-diabetes reversível	142

FIGURA 31 – Informativo pré-diabetes	143
FIGURA 32 – Pré-diabetes	144
FIGURA 33 – Morte por diabetes	144
FIGURA 34 – Prevalência pré-diabetes	145
FIGURA 35 – Mês diabetes	145
FIGURA 36 – Penhasco	146
FIGURA 37 – Futuro 1	146
FIGURA 38 – Futuro 2	147
FIGURA 39 – Medo 1	147
FIGURA 40 – Medo 2	148
FIGURA 41 – Medo 3	148
FIGURA 42 – Casamento	149
FIGURA 43 – Autovigilância	149
FIGURA 44 – Paciente diabética 1	150
FIGURA 45 – Paciente diabética 2	151
FIGURA 46 – Paciente pré-diabética	152
FIGURA 47 – Pensamento positivo	152
FIGURA 48 – Morte do outro 1	158
FIGURA 49 – Morte do outro 2	158
FIGURA 50 – Morte do outro 3	158
FIGURA 51 – Pai e filha	159
TABELA 1 – Experiência do paciente	136

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 HOMEM E FINITUDE	17
1.1 FINITUDE CRISTÃ E MODERNA	17
1.2 SENTIDO DO SER	20
1.2.1 A morte	29
1.3 TÉCNICA	38
2 MEDO, MORTE E PODER	45
2.1 PODER, SABER, VERDADE E SUBJETIVIDADE	45
2.2 O NASCIMENTO DO HOSPITAL	49
2.2.1 O hospital como lugar da morte, da assistência e da exclusão	49
2.2.2. O hospital como operador terapêutico	50
2.3 DA DISCIPLINA AO BIOPODER	66
3 MEDO, RISCO E VIRTUAL	74
3.1 A CONSTRUÇÃO	74
3.2 CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO	79
3.3. MEDICINA E CUIDADO DE SI	85
3.3.1. O discurso do risco e as redefinições nos modos de ser/estar doente	86
3.3.1.1 Modos de habitar tempo	92
3.3.1.2 Doença crônica e risco: pensando a <i>experiência</i> na contemporaneidade	103
3.4 NARRAR A DOR	137
3.4.1 A morte do outro	156
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS ou POR UMA ÉTICA DA GRATUIDADE	163
5 REFERÊNCIAS	167

INTRODUÇÃO

A vontade humana tem *horror ao vácuo*, precisa de um sentido. Prefere *querer o nada a nada querer*. Num mundo com Deus, a vida terrena é passagem. Local de ascese, de exercício, de contenção, de recusa em favor de um *sim!* O sacerdote ascético propõe o caminho. *Sejamos bons!* Os instintos são ressemantizados como insurreição a Deus. Fraqueza é interpretada como mérito. A força, exige-se que não se expresse como força. *Crux, nux, lux* (NIETZSCHE, 2009).

Vida contra vida? Contradição aparente. O sacerdote é um dos grandes valorizadores da vida, luta pela sua preservação e mantém o apego a ela. Movido pelo instinto de *cura e proteção da vida que degenera*, valora essa existência e afirma um outro mundo. Do lado de cá, vida é erro. *Corrigir e reformar* – entoa o sacerdote. A expiação é eterna e a culpa é a emoção moralizante. Espírito de vingança é a essência do asceta. Desqualifica vida que é finitude, limite, dor. Abandono – ou tentativa de ultrapassamento – do *ser* em busca do *dever*. Vida passa a ser marcada por sanha, por *hybris*, por um *dever ser* que destoa do *poder ser*. Como querer o impossível?

A recusa da vida enquanto dor aparece no ressentimento e na má consciência. O homem do ressentimento, inconformado com o sofrimento sentido, permanece sempre procurando causas. *Você é culpado!* – diz ele. Mas o sacerdote muda a direção do ressentimento: *somente você, ovelha doente, é culpada pelo seu sofrimento!* O homem da má consciência introjeta a dor: *Sofro por minha culpa* (NIETZSCHE, 2009).

O homem moderno matou Deus. Mas Zaratustra desceu cedo demais para anunciar o super-homem. Os homens ainda não tinham se dado conta da sua morte. “Procuro Deus! Procuro Deus!” – gritava o insensato pelas ruas. Zaratustra distancia-se do para além da física, dos valores absolutos e do fundamento. O senhor da terra, em seu entender, seria aquele que ama a terra. Terra é finitude. É querer o possível, o ontologicamente possível, superar a crença metafísica do além e da verdade. “Eu vos imploro, irmãos, *permaneço fiéis à terra*” – falava Zaratustra (NIETZSCHE, 2011, p. 14). Vem à tona a autoridade do homem, dos projetos de futuro, do progresso histórico, do bem-estar terrestre.

A inquietude permanece, mas não mais com o temor do pecado e do além-vida. No lugar do confessor religioso, ganha espaço a clínica. Durante séculos restrito à instituição religiosa, o poder pastoral amplia-se por todo o corpo social, com apoio de uma multiplicidade de instituições. De modo semelhante ao sacerdote ascético de Nietzsche, o pastor, em Foucault, também pode ser compreendido como uma estrutura.

Se o mecanismo de poder reside na adesão ao verdadeiro, destaca Vaz (2002), não importa se o lugar da verdade é ocupado por um padre ou um cientista. De um modo ou de outro, tem-se a padronização de comportamentos. Muda o credor, mantém o lugar da verdade e da moral. O pastor, que dirigia a consciência, agora orienta modos de agir. Neste sentido, o processo de secularização daria conta não apenas da redução do lugar do sagrado em nossa cultura, mas de um processo de substituição. A saúde substitui a salvação, diz Foucault (1988). Passagem da culpa e do pecado para o regime do normal e do patológico. Continua a inquietude com o sentido do sofrimento e com a morte; há, entretanto, uma mudança no modo de endereçamento.

A classificação e a hierarquização dos homens entre normais e anormais produzia a cisão do sujeito. Internalizada a crença de que cada indivíduo carregava dentro de si a potencialidade de tornar-se um anormal, o sujeito inquietava-se com seus desejos e suas ações na distância do anormal, figura associada não apenas ao desvio, mas também à finitude – o louco é o *já-está-aí da morte*.

O poder moderno cria o medo – dos outros e de si. Tais práticas divisoras objetivam o sujeito. A partir da criação do medo, da concepção do doente e da produção no real da negatividade ética a ser evitada, surge o desejo de ser salvo. *Obedeça-me que eu te salvo. Obedeça-me que eu te curo*. A legitimação do poder se dá na medida em que é apresentado como cuidado. O pastor seria aquele que conduz os indivíduos a agirem conforme a norma e a distanciar-se dos desejos interiores que podem aproximá-los da anormalidade. O amor aos pastores dava forças para o indivíduo lutar contra seus desejos. Havia uma identificação positiva com as figuras do poder pastoral, que ensinavam a verdade, a autoridade e o cuidado com o outro (FOUCAULT, 1979; 1995; VAZ, 2014a).

Ao lutar contra a negatividade, inventada pelo próprio poder, que os habita, os indivíduos não pensavam estar seguindo padrões da cultura sobre modos de ser e cuidar de si, mas viam como modo de salvação, distanciamento da doença e do sofrimento. O sexo, “dotado de um poder causal inesgotável e polimorfo”, era o objeto da grande suspeita, causa onipresente e medo infinito (FOUCAULT, 1988, p. 75). Produzia inquietude constante no indivíduo que incessantemente lidava com seus desejos e o *dever ser* da cultura. Constituição de uma dívida infinita na luta entre bem e mal, entre normal e patológico (FOUCAULT, 1979, 1995, 2014; VAZ, 2015).

Comumente, permanecemos no impessoal, num modo de ser impróprio instituído para nós, nas possibilidades apresentadas para nós. Cuidamos da saúde como impessoalmente se cuida. E quando o assunto é a morte, tendemos a encobri-la como acontecimento público,

enfrentado pelos outros. Buscamos nos tranquilizar, conferindo a ela um caráter de indeterminação. Assim, não aparece como ameaça nem como a possibilidade mais própria, certa, irremissível e insubstituível. Imersos no impessoal, fugimos da nossa compreensão como pura possibilidade de ser. Na angústia, entretanto, rompemos com a familiaridade cotidiana. Reconhecemos nosso poder-ser mais radical e assumimos nossa possibilidade mais própria e insuperável. Apenas na angústia é revelado de modo clarividente nosso poder-morrer (HEIDEGGER, 2015). Como se lida com a finitude na contemporaneidade?

Na cultura contemporânea, experimentamos a cientifização da vida e da morte. Temos novamente insaciedade e a proposição de um *dever ser* para além do *poder ser*. Busca por adiamento e controle. Corrigir, reformar e, principalmente, *substituir!* No lugar do real, que é da ordem do incontrolável, coloca-se o virtual, controlável. Antecipando as mais prováveis formas de morrer, são propostas limitações e intervenções no presente.

No anseio audaz de vencer a condição mortal do homem e de um controle total sobre a vida, as noções contemporâneas de saudável e enfermo são reconfiguradas. Não se trata mais apenas de cuidar do organismo enfermo e de revertê-lo para o estado de saúde. Nem mesmo de cuidar apenas mediante o aparecimento de sintomas. Inaugura-se uma lógica distinta de cuidados com a saúde, com vistas a afastar possibilidades futuras de adoecimento e de morte prematura. O comparativo com a medicina moderna contribui para identificar diferenças nos cuidados individuais e ajuda a conferir estranhamento para a compreensão do fenômeno na contemporaneidade.

Prazer momentâneo *versus* risco futuro. A equação inquieta doentes atuais e potenciais. Os limites entre normal e patológico são revistos. A equação é, então, invertida: o anteriormente majoritário vira idealização. O anormal, que antes compreendia loucos, criminosos e perversos sexuais, agora abrange quase totalidade da sociedade. Os limites espaciais e temporais do cuidado com a saúde são alargados. O conhecimento científico muda a relação do indivíduo com seu próprio corpo. Ampliam-se as intervenções mesmo sem a *experiência* da doença. E a *experiência* de estar *sob risco* é convergida na *experiência* da doença em si. A autovigilância via práticas de cuidado de si é, assim, alargada.

A invasão do cotidiano pela ciência e pela tecnologia vem provocando profundos impactos nos modos de ser, de viver e de cuidar de nossa saúde, através de uma ampla circulação entre real e virtual. Vaz (2002) observava também o estabelecimento de uma íntima articulação entre mídia e medicina, de modo que a mídia, com o estatuto social de dizer a verdade, vinha ocupando crescentemente o papel na sociedade daquele que advertia sobre os riscos e os meios de contorná-los. A mídia, complementa Freire Filho (2008), referenda

conhecimentos e verdades sobre os modos de cuidado, através de processos discursivos que estabelecem quais são os comportamentos aceitáveis e que fornecem instruções sobre os modos de corrigir os deslizes, com base em configurações historicamente determinadas de saber-poder. Identifica-se, assim, uma íntima relação entre mídia e produção de subjetividades.

As tecnologias de informação e comunicação vêm impactando os modos de conceber os processos de saúde e doença, as relações entre médicos e pacientes, a forma dos pacientes gerirem e narrarem suas experiências com a doença e a sociabilização dos atores do sistema de saúde. Uma questão vem à tona: quem tem o direito de falar a verdade hoje? Verifica-se de modo cada vez mais evidente uma participação mais ativa de indivíduos comuns na produção de conteúdos e de testemunhos terapêuticos; com isso, pacientes passam a ser não apenas fontes de textos jornalísticos, mas também os autores de narrativas variadas sobre os processos de saúde e doença, que recusam mediadores na narração da sua experiência. Além da recusa da mediação, o paciente reivindica para si a autoridade da experiência. O *e-paciente* ou paciente 2.0 (em referência a web 2.0) participa ativamente de comunidades *online* de saúde, *blogs*, campanhas na internet e perfis em redes sociais, com testemunhos sobre a doença, com o compartilhamento de informações sobre o tratamento e sobre a gestão individual da enfermidade. Passagem da confissão para o testemunho enquanto narrativa autobiográfica de cunho terapêutico. Do espaço privado para cena pública.

Sentido ao sofrimento, técnica e moralidade. Como pensar ontem e hoje? Em última instância, trata-se de pensar o modo como se lida com a finitude, única certeza. Quais mudanças podemos estimar sobre o modo contemporâneo de inquietar-se com a morte? Quais são as atitudes éticas hoje disponíveis para lidar com o sofrimento e com a morte? Será que no esforço de reduzir sofrimentos futuros não estariam sendo provocados mais sofrimentos no presente? O que se torna a vida se ela se reduz à planificação para evitar a morte? Passagem da angústia ao medo? Medicalização dos possíveis? Medicalização da existência?

Pretende-se analisar problematizações éticas de saúde e doença, vida e morte, a partir de práticas de si na cultura contemporânea. Entende-se que tais problematizações se formam a partir de práticas sociais, médicas e discursivas, através das quais o sujeito se dá como podendo e devendo ser pensado. De modo específico, busca-se estimar mudanças sobre o modo contemporâneo de inquietar-se com a morte; refletir sobre o sentido ao sofrimento na sociedade contemporânea; delinear mudanças históricas no cuidado com a saúde, evidenciando os limites entre normal e patológico; analisar o papel do conhecimento médico-científico na cultura contemporânea; explicitar relações entre mídia e medicina na contemporaneidade; compreender a experiência da doença crônica na contemporaneidade, evidenciando o medo e a angústia;

estudar a convergência da experiência da doença crônica e do risco; e analisar a dimensão terapêutica de narrar publicamente um sofrimento individual.

A pesquisa não se propõe a uma análise extensa e minuciosa de um material específico. A partir das discussões filosóficas e dos interesses de pesquisa, busca-se realizar a leitura de materiais midiáticos para deles extrair informações, indícios sobre a nossa cultura, sobre as questões e inquietudes colocadas para o sujeito contemporâneo no âmbito dos cuidados com a sua saúde. Parte-se, assim, da análise de reportagens jornalísticas, que propõem regras de conduta, conduzem ao questionamento sobre as ações individuais, produzem subjetividades, geram inquietações no sujeito e constituem um modo de ser técnico. Tais materiais aparecem como o lugar do senso comum, onde se constroi um lugar de ser, marca-se a dualidade de um ser-com impróprio, propõe-se um dever ser limitado do que é gerir e cuidar da vida, reduzindo assim a abertura de questões sobre o que a vida pode ser.

Num primeiro momento, realizou-se uma busca no acervo digital da revista *Veja* pela palavra “morte” com recorte temporal de 2000 a 2016. A pesquisa revelou duas categorias nas narrativas sobre a morte: (i) morte e acidente, natural ou decorrentes de violência, o que aponta para a política, e (ii) morte e doença, que aponta para técnica. A partir do segundo grupo, construiu-se quatro subcategorias: (i) doença individual, (ii) morte do outro – reportagens sobre perda de familiares e amigos, (iii) morte e mídia – representação da morte em filmes e livros (iv) morte e religião – textos que abordam crenças e relações entre razão e fé. Para este estudo, concentrou-se nos textos sobre a doença, mas, eventualmente, elementos presentes nas demais categorias também aparecem nas discussões teóricas.

Para a delimitação das doenças crônicas, levou-se primeiramente em conta as pesquisas da Organização Mundial de Saúde sobre os índices de mortalidade de doenças crônicas no mundo (WHO, 2015) e no Brasil (WHO, 2014). Nas duas pesquisas, a ordem dos resultados foi a mesma: (1º) doenças cardiovasculares, (2º) câncer, (3º) doenças respiratórias crônicas e (4º) diabetes. Em seguida, com base na literatura médica, construiu-se uma tabela “Medicina preventiva e Doenças Crônicas”, respondendo para cada tipo de doença as seguintes perguntas: (i) quais são o(s) fator(es) de risco associado(s)?, (ii) há fator genético associado?, (iii) há condição pré?, (iv) quais são os tipos de intervenção propostos? Os resultados sinalizaram a importância de trabalhar com diabetes e câncer, ambas com classificações de categorias pré, mas com métodos distintos de intervenção da medicina preventiva. Num terceiro momento, buscando entender melhor a experiência do paciente, foram realizadas, em caráter exploratório, conversas com pacientes e com médicos, assim como leituras de artigos médicos sobre o tema.

A seguir, realizou-se a busca no acervo digital da revista *Veja* de 2000 a 2016 pelas palavras “câncer” e “diabetes” e, sem recorte temporal, pelas palavras-chave “pré-câncer”, “pré-diabetes”, “mastectomia preventiva” e “quimioprevenção”. A partir daí, para perceber como os argumentos tecnológicos são radicalmente apropriados e construídos pelas pessoas, bem como para refletir sobre a ascensão de narrativas testemunhais na cultura contemporânea e sobre a desestabilização do lugar da verdade, selecionou-se materiais produzidos pelos próprios pacientes: o livro de uma paciente com câncer e postagens no *instagram* pela *hashtag* *#prediabetes*.

As análises foram orientadas pelos seguintes temas: quais padrões de comportamento foram valorizados? Quais estilos de vida foram apontados como desviantes? Quais identidades foram definidas como de risco? Quais são os riscos associados à doença atual ou virtual? A quem foi atribuída a responsabilidade? Quais conselhos são dados sobre o modo de gerir a vida? Quem está habilitado a aconselhar o cuidado e/ou a mudança de vida?

No primeiro capítulo, discorre-se sobre a finitude, o sentido do ser, a angústia, o medo e a técnica. No segundo, a partir dos textos de Foucault, discute-se sobre poder – soberano, disciplinar, normalizador e biopoder – e constrói-se um percurso histórico sobre a medicina e a constituição do hospital como espaço terapêutico. No terceiro capítulo, discute-se sobre os limites entre normal e patológico na cultura contemporânea, refletindo sobre o risco, a experiência da doença crônica, os modos de habitar o tempo e conferir sentido ao sofrimento. Nas considerações finais, propõe-se uma ética da gratuidade, como alternativa ao modo contemporâneo de inquietar-se com a finitude e conferir sentido ao sofrimento.

1 HOMEM E FINITUDE

1.1 FINITUDE CRISTÃ E MODERNA

“O pecado entrou no mundo por um só homem. Através do pecado entrou a morte”, diz a Carta de São Paulo aos Romanos (Rm 5, 12). A transgressão de um homem conduziu toda a humanidade à morte. “Quem me livrará deste corpo que me acarreta a morte?” (Rm 7, 24). Muitos morreram em virtude da transgressão de Adão, mas pela graça de um único outro homem todos poderão ser salvos: Jesus Cristo, homem-Deus, coeterno ao Pai. Jesus tem dupla natureza: homem e Deus. Morre na cruz, enquanto homem, mas não morre enquanto Deus – ressuscita.

A ressuscitação traz uma nova esperança aos católicos. A morte adquire o significado ético-religioso de uma passagem para a vida eterna. Morre o corpo, permanece o espírito. O dia do juízo de Deus “retribuirá a cada um segundo as suas obras: a vida eterna aos que, perseverando em fazer o bem, buscam a glória, a honra e a imortalidade; mas ira e indignação aos contumazes, rebeldes à verdade e seguidores do mal” (Rm 2, 6-8). A conversão a Jesus é o caminho para vencer a morte.

Quando a igreja faz as pessoas temerem o inferno, muda o foco da morte. O cristão pode fazer algo para se salvar, depende de suas ações e de seus desejos. A indagação sobre o *quando* é revertida para o *como* viver. O maior inimigo a temer é o próprio sujeito na capacidade que tem de dar morte à sua alma e afundá-la no sofrimento eterno. Desde o pecado original, todos fariam parte do império demoníaco. O diabo estaria em toda parte, inclusive no coração de cada um (DELUMEAU, 2003).

O sacerdote ascético orienta: bem agir na terra para ganhar a recompensa da vida eterna no paraíso celestial. O sacerdote tem nos ideais ascéticos seu direito à existência, sua razão de ser. Valora esta vida – o vir a ser e a transitoriedade – colocando-a em relação com outra existência. O infinito é melhor, o finito é erro. O mundo não deveria ser assim, Adão transgrediu a lei Divina. Deve-se andar de volta até o ponto onde começa e corrigir a vida, o caminho errado. O asceta afirma esta vida, negando-a – os valores superiores à vida têm como efeito a negação deste mundo. A expiação é eterna, sempre marcada por um ainda-não; a dívida é impagável. A vida ascética é o caminho para a outra existência; “o ideal ascético é um artifício para a *preservação* da vida”, “a vida luta nele e através dele com a morte, *contra* a morte” (NIETZSCHE, 2009, p. 101).

A terra está cheia dos pregadores da morte e daqueles a quem se deve pregar este afastamento da vida, atraindo-os para a vida eterna – assim falou Zaratustra (NIETZSCHE, 2011). Num mundo com Deus, complementa Foucault (2007), a finitude é pensada como negação do infinito, isto é, a finitude do homem é apreendida em comparação a Deus. Neste mundo da representação infinita, as forças no homem entram em relação com forças de elevação ao infinito e compõem a *forma-Deus* (DELEUZE, 2005).

O próprio Zaratustra lançara outrora sua crença para além do homem. Agora, todavia, ensina os trasmundanos a livrarem a cabeça do celestial, a não desprezarem nem a terra nem o corpo e a abraçarem livremente o sentido da terra. “Como será possível? Este velho santo, na sua floresta, ainda não soube que *Deus está morto!*” (NIETZSCHE, 2011, p. 13). O insensato já tinha anunciado anteriormente a morte Dele. ““Onde está Deus?”, exclamou, ‘é o que vou lhes dizer. Nós o *matamos* – você e eu!’” (NIETZSCHE, 2012).

“Deus tinha que morrer!”, diz o homem mais feio a Zaratustra. Explica que Ele tudo via, os fundamentos e as profundezas do homem, e tinha uma compaixão sem pudor a todos os homens. A compaixão quer tirar a dor da vida, enquanto o pudor deixa a dor ser dor. O homem não suporta uma testemunha assim. Por isso ele devasta, danifica, torna intransitável o caminho por onde veio e orienta Zaratustra a escapar deste caminho – da trajetória do homem ocidental, da metafísica. O homem mais feio escapou dos compassivos e reconheceu Zaratustra, o único que não o tratou com compaixão, que enrubescou ao vê-lo, e o único que adivinhou o seu ser.

O homem moderno – o mais feio dos homens – é o responsável pela morte de Deus. A palavra Deus designa aqui o mundo suprassensível em geral, das ideias e dos ideais, da meta no além, em vigência desde Platão. Nietzsche quer destacar que a metafísica está no fim. A morte de Deus é a constatação da ausência crescente de Deus nas práticas do Ocidente moderno; do desaparecimento do princípio fundador – e orientador – da existência cristã; do niilismo na modernidade, da desvalorização dos valores superiores divinos. É a substituição da autoridade de Deus e da Igreja pela do homem, da razão; a substituição do desejo de eternidade pelos projetos de futuro e progresso histórico, e da meta no além pela felicidade terrena (HEIDEGGER, 2003; MACHADO, 1997). Nietzsche interpreta o curso da história ocidental enquanto o surgimento e o desdobramento do niilismo, da desvalorização dos valores superiores. O niilismo seria a lógica interna da história ocidental.

A metafísica é o espaço histórico no interior do qual se torna destino o fato de o mundo supra-sensível [sic], as idéias [sic], Deus, a lei moral, a autoridade da razão, o progresso, a felicidade da maioria, a cultura, a civilização perderem o seu poder edificador e transformarem-se em nada. Nós denominamos essa degradação da essência do supra-sensível a sua degenerescência (HEIDEGGER, 2003, p. 483).

A metafísica é, assim, o âmbito para a essência e o acontecimento do niilismo. A perda da crença e da autoridade da doutrina cristã é uma consequência do niilismo, e não a sua essência ou fundamento. A desvalorização dos valores superiores se dá a partir da percepção de que o mundo ideal é impossível de ser realizado no interior do mundo real, de que as metas propostas não são passíveis de realização (HEIDEGGER, 2003).

Com a morte de Deus, as forças no homem entram em relação com forças da finitude (vida, trabalho e linguagem) que compõem a *forma-homem* (DELEUZE, 2005). Finitude não é mais pensada a partir de Deus, mas a partir dela própria: finitude duplicada. O pensamento moderno apresenta duas finitudes: positiva e fundamental. A primeira se anuncia na positividade do saber. Percebe-se a finitude do homem e os limites por ela impostos como se conhecem os saberes da biologia, economia e filologia. Estes saberes dizem que o homem é finito e que sua existência é determinada pelo trabalho, pela vida e pela linguagem. Só se tem acesso a ele através de seu organismo, das suas produções e de suas palavras. Ao mesmo tempo em que ele próprio só se desvela a si *já* como um ser vivo, instrumento de produção e veículo para palavras que lhe *preexistem, que o antecipam*. Quando o homem pensa, já se pensa a partir destes saberes positivos (FOUCAULT, 2007).

Na verdade, Foucault (2007) atenta que esta primeira descoberta sobre a finitude é instável. A instabilidade deve-se ao fato de a finitude ser apreendida a partir do saber. Posso supor que no futuro não haverá mais finitude – não é este, afinal, o grande anseio do saber técnico-contemporâneo? –, que o homem não será mais limitado pelas necessidades biológicas, que não será mais determinado pelo trabalho e nem pela linguagem, pois poderá ser descoberto um novo sistema simbólico.

Só o homem, porque não é animal (sem saber de sua finitude) e não é Deus (infinito), pode se descobrir finito através destes saberes. O conhecimento humano funda a finitude, mas essa finitude é também condição de possibilidade do saber. Esta é a finitude fundamental: “cada uma dessas formas positivas, em que o homem pode apreender que é finito, só lhe é dada com base na sua própria finitude” (FOUCAULT, 2007, p. 433). Na finitude fundamental, o limite da finitude não é, assim, imposto ao homem do exterior, mas do interior da própria finitude que funda a positividade do saber. O homem toma consciência de que essa finitude é a sua própria finitude.

Com as duas finitudes, tem-se o homem como objeto e como sujeito, ou melhor, como fundamento de toda positividade do saber. A analítica da finitude é marcada pela repetição e pelo duplo. Tem-se a repetição do positivo no fundamental. O ser do homem pode fundar, na positividade, as formas que indicam que ele não é infinito.

Para o pensamento clássico, a finitude (como determinação positivamente constituída a partir do infinito) explica essas formas negativas que são o corpo, a necessidade, a linguagem, e o conhecimento limitado que deles se pode ter; para o pensamento moderno, a positividade da vida, da produção e do trabalho (que tem a sua existência, sua historicidade e suas leis próprias) funda, como sua correlação negativa, o caráter limitado do conhecimento; e, inversamente, os limites do conhecimento fundam positivamente a possibilidade de saber, mas numa experiência sempre limitada, o que são a vida, o trabalho e a linguagem (FOUCAULT, 2007, p. 436).

O conhecimento limitado dá a experiência de limite ao homem; esta finitude funda a possibilidade dos saberes numa experiência limitada; e é a positividade do conhecimento que funda os limites do conhecimento. Onde havia uma metafísica do infinito e da representação, verifica-se a constituição de uma analítica da finitude.

[...] as reflexões sobre a vida, o trabalho e a linguagem, na medida em que valem como analíticas da finitude, manifestam o fim da metafísica: a filosofia da vida denuncia a metafísica como véu da ilusão, a do trabalho a denuncia como pensamento alienado e ideologia, a da linguagem, como episódio cultural (FOUCAULT, 2007, p. 437).

O homem moderno só é possível como figura da finitude. “A cultura moderna pode pensar o homem porque ela pensa o finito a partir dele próprio” (FOUCAULT, 2007, p. 438). Neste sentido, Deleuze (2005) argumenta que se desfigura Nietzsche quando se atribui a ele a alcunha do filósofo da morte de Deus, afinal, o que mais lhe interessa é a morte do homem. Enquanto a *forma-Deus* ainda funcionar, não existe o homem. A *forma-homem* se constitui na finitude, já compreendendo a morte do homem.

1.2 SENTIDO DO SER

Tradicionalmente, o ser não é temporal. Heidegger (2008; 2015) propõe ser e tempo como termos inseparáveis. Enquanto a teologia pensa o homem como ser perante Deus e o seu ser temporal na relação com a eternidade, Heidegger propõe buscar a origem do tempo em nós mesmos. Ao invés de questionar “o que é o tempo?”, transforma a indagação em “quem é o tempo?”. Nós somos o tempo. Não existimos *no* tempo, como fazem os animais, ou como se este fosse um fluxo exterior ao nosso ser. É a partir do homem que se pode apreender o que é tempo e este é o único modo de falar temporalmente do tempo. Trata-se, assim, de pensar o tempo não a partir da eternidade, mas compreendê-lo a partir dele mesmo.

No cotidiano, temos a constante experiência de medir o tempo através do relógio, por exemplo. Mas o que o relógio efetivamente nos ensina? O relógio indica que o tempo é algo em que se pode fixar um agora, em relação a dois pontos temporais, um anterior, passado, e um posterior, futuro. Ele determina a fixação de um agora, e não a duração quantitativa do atual fluxo temporal. O que é o agora? “O tempo, então, seria eu mesmo, e cada qual seria o tempo. E nós, no nosso estar uns com os outros, seríamos o tempo... nenhum de nós e cada um” (HEIDEGGER, 2008, p. 31). O relógio mostra o tempo do ser-com-os-outros no mundo. Vejo as horas no meu relógio referindo-me ao agora que sou e que remete à minha temporalidade, que é anterior ao instrumento que pode medi-la. O tempo é a modalidade própria do nosso ser. “O ser-aí [presença] é sempre numa modalidade do seu ser temporal possível” (HEIDEGGER, 2008, p. 69).

Heidegger (2015) propõe uma retomada explícita da questão do *ser*. Recuperando a história do ser, identifica que a tradição filosófica ocidental foi marcada por seu esquecimento, ou melhor, pela duplicação do esquecimento do ser, pelo esquecimento deste esquecimento. A questão que impulsionou os estudos de Platão e Aristóteles foi depois emudecida como ponto de investigação. O sentido do ser – diz-se – é uma questão supérflua; o ser é um conceito universal, vazio, prescindível de definição, empregue constantemente por todos e cujas designações são amplamente compreendidas. É, assim, dispensável questionar o ser. O que inquietava os filósofos antigos transformou-se em evidência meridiana. O esquecimento do ser é o fundamento da filosofia, ela está naturalizada no seu fundamento, na naturalização deste esquecimento. Dizer que ser é um conceito universal não significa clareza ou dispensabilidade de discussão, mas, pelo contrário, obscuridade.

Os filósofos continuaram formulando a questão sobre o ser, mas sobre o ser dos entes, numa substantivação do ser, enquanto Heidegger estaria mais interessado numa verbalização do ser, no *é*. Usualmente, utiliza-se “ser” e todos compreendem amplamente a palavra, mas este compreender comum revela apenas a sua incompreensão. “Revela que um enigma já está sempre inserido *a priori* em todo ater-se e ser para o ente como ente” (HEIDEGGER, 2015, p. 39). Todos compreendem “o céu é azul”, exemplifica Heidegger. O ser é inseparável do ente. Os entes são no ser. Sem o ser não haveria céu azul; e ser céu azul não existe fora do fenômeno. O ser só aparece através do próprio ente, através da positividade céu azul. Este ser invisível já está sempre em ato na visibilidade dos entes. Um não tem sentido sem o outro, mas diferem entre si. O ser dos entes não é um outro ente. A tradição metafísica não reconheceu adequadamente a diferença de natureza entre o ente e o ser, e ainda separou os dois – como se pudesse haver um sem o outro. Heidegger explica que não é possível conceber ser como ente.

Não se pode aplicar ao ser o modo de determinação do ente, não se pode defini-lo a partir de conceitos superiores ou inferiores.

Para elaborar a questão do ser, Heidegger volta-se para o ente que nós mesmos sempre somos, um ente privilegiado por ser o único que indaga sobre o ser, que busca uma relação de compreensão com o ontológico e que possui em seu ser a possibilidade de questionar. Recusa a adoção dos termos homem e sujeito e, no lugar, propõe *Dasein* – na tradução brasileira: presença. Distancia-se da metafísica moderna da subjetividade, da ideia de um sujeito interiorizado, de um sujeito como fundamento primeiro com uma relação posterior com o mundo, e também da tradição da teologia cristã, que acrescenta a transcendência ao ser natural, à animalidade racional, construindo uma cisão na essência humana – natureza e graça, corpo e espírito, mundano e sobrenatural.

Não é Eu, não é alma, não é corpo, não é consciência, não é vontade. Tudo isso é tardio. Não há um eu *a priori*, nem sujeito como fundamento, a partir do qual se daria a existência. Quando se diz “eu penso”, *eu* é sujeito e *pensar*, verbo, é ação do sujeito. O eu, enquanto sujeito, “pré ou sub-siste à ação, já é dado ou constituído fora dela” (FOGEL, 1996, p. 49). Para a analítica existencial, a proposição é inversa, uma espécie de *cogito* invertido: “Existo, logo penso”. Existência é o precedente necessário e a condição possibilitadora do pensar (STEINER, 1990). Pensar é possibilidade, concretização possível de ser. No pensar, ocorre a irrupção do ser. Homem aparece na ação, no exercício da possibilidade para qual ele é/pode ser. Homem é sempre um vir-a-ser no fazer-se de uma possibilidade, de um poder-ser. Não há homem fora do pensar. Modo de ser é pensar. De modo semelhante, quando se diz “eu tenho medo”, acena-se para uma interpretação subjetivista moderna. Isto porque afeto viria antes, dá-se a aparecer. “O homem, ao descobrir-se, já se dá conta sempre imerso ou lançado numa atividade, que o possibilita e o instaura, da qual ele, em última instância, não é o autor e nem proprietário e, por obra dessa abertura, ele pode aparecer [...]” (FOGEL, 1996, p. 49).

Diferente dos demais entes, só nós, no nosso próprio ser, colocamos o ser em questão e nos relacionamos com ele como uma questão em aberto. O homem realiza o seu “ser humano” na sua existência e o faz questionando o ser. A existência real depende de um questionamento do ser. Sendo, a presença coloca em questão o próprio ser e se compreende em seu ser – seu ser se lhe abre e se manifesta por meio do próprio ser. Existência é o próprio ser com o qual a presença pode e sempre se relaciona.

“A possibilidade é, com efeito, o próprio sentido do conceito da existência” (VATTIMO, 1996, p. 24). A presença é o vivente que é única e exclusivamente pura possibilidade de ser – esta noção atesta uma indefinição ôntica sobre aquilo que se é, por isso

Heidegger propõe ser necessário uma compreensão diferenciada do *é*, do *ser*. Somente *é* enquanto poder ser, quer dizer, se define pelo seu poder ser. Neste sentido, para se referir ao homem, o termo existência deve ser compreendido em seu sentido etimológico de *ex-sistere*, de ultrapassar a realidade presente em direção à possibilidade, posto que seu modo de ser é da possibilidade – e não da realidade, da existência como algo dado (VATTIMO, 1996). A presença se relaciona com o ser como abertura, a qual é sempre atravessada pelo mundo.

Não existe primeiro o homem e depois uma relação com o mundo. Ser-no-mundo não é uma propriedade da presença, como se esta pudesse apresentá-la algumas vezes – ser com ou sem mundo. A presença nunca é livre de ser-em e, por vezes, assume uma relação com o mundo. Só é possível assumir relação com o mundo, porque a presença, sendo-no-mundo, *é* como *é*. Ser-no-mundo é constituição necessária e *a priori*. Não somos primeiro um sujeito que se relaciona com o mundo, os outros e os objetos; somos, antes de tudo, relação aberta com o mundo, os outros e os objetos. Sempre já somos no mundo, já lançados no mundo, num sentido, numa circunstância definida. Mundo, a unidade-totalidade de sentido, dá-se sempre de modo tão cedo que o homem é tardio. Homem só *é* e só se dá porque o mundo, que é o horizonte do seu aparecer, a sua condição de possibilidade, já se deu. Mundo é o “contexto *‘em que’* uma presença fática *‘vive’* como presença” (HEIDEGGER, 2015, p. 112). O termo dá conta, assim, do conjunto de *relações* que entretemos – presença referida a possibilidades num mundo de coisas, pessoas, sentidos, significados... A hifenização de ser-no-mundo caracteriza o caráter relacional e, mais que isso, indissociável e de unidade. Enquanto ser-no-mundo, a presença é abertura, é possibilidade de e para possibilidade, possibilidade de um poder ser, de um vir a ser.

Ser no mundo é uma estrutura de ser e de realização. Por sua dinâmica, o homem está sempre superando os limites entre o dentro e o fora. Por sua força tudo se compreende num sistema de referências. Por sua dialética, se instala a identidade e diferença no ser quando, teórica ou praticamente, se diz que o homem não é uma coisa (LEÃO, 2000, p. 193).

O ser-no-mundo cotidiano, modo de lidar no mundo e com ente intramundano, está disperso numa diversidade de modos de ocupação. Estando sempre atravessados pelo mundo, nos movemos numa relação de significância com o mundo, que, usualmente, perpassa seu caráter instrumental. Heidegger opta pelo termo instrumento para designar o ente que vem ao encontro na ocupação. “O instrumento só pode ser o que é num todo instrumental que sempre pertence a seu ser. Em sua essência, todo instrumento é ‘algo para’ [...] e sempre corresponde a seu caráter instrumental *a partir* da pertinência a outros instrumentos” (HEIDEGGER, 2015,

p. 116). Por exemplo: um quarto se mostra como instrumento de habitação e, a partir dele, aparecem os demais instrumentos.

O *ser para* constitutivo de cada instrumento é revelado por si mesmo. Quando nos relacionamos com os instrumentos no uso, menos contemplando-os enquanto coisas e mais usando-os consoante sua serventia, mais primordial se torna nossa relação. Martelo como puro martelar, caneta como puro escrever – assim, adquirem seu próprio caráter de coisa. Na estrutura de *servir para* já há sempre uma relação, conjuntura e significância. Junto com o martelo, age a conjuntura de pregar, junto com o pregar, a proteção contra as intempéries. A seta do carro acionada pelo motorista é um instrumento à mão também dos demais motoristas, que precisam interpretar aquele sinal, consoante seu conhecimento das regras de trânsito, do movimento dos carros e dos deslocamentos na cidade, isto é, conforme sua familiaridade com a significância. A conjuntura opera continuamente e ensina que homem é ser-no-mundo.

O nosso ser-no-mundo é um ser lançado. O mundo já estava aí antes de nós e estará depois. O duplo desconhecimento – de onde viemos? Para que fim fomos projetados? –, destaca Steiner (1990), torna a condição ser lançada da existência mais enfática. Somos entregues a um aí, a uma presenteidade. “O *Dasein* [presença] tem de aceitar esta presenteidade, tem de assumir na sua própria existência. Não pode não fazer isso e continuar a ser” (STEINER, 1990, p. 78).

O mundo da presença é sempre o mundo compartilhado com os outros. Os outros estão co-presentes no mundo segundo o modo ser-no-mundo; o encontro se dá a partir do mundo.

Ser-com é sempre uma determinação da própria presença; ser copresente caracteriza a presença de outros na medida em que, pelo mundo da presença, libera-se a possibilidade para um ser-com. A própria presença só é possuindo a estrutura essencial do ser-com, enquanto co-presença que vem ao encontro de outros (HEIDEGGER, 2015, p. 177).

Em toda ação, em todo querer, em todo sentir, em todo saber, a presença realiza o ser-com, que não é a convivência com outro. Na verdade, nem sempre o outro está presente e, mesmo assim, a presença continua determinada pelo ser-com. Isto porque não é a presença do outro que define a determinação pelo ser-com. Um medicamento comprado por alguém é um produto que foi prescrito por um médico, dispensado por um farmacêutico, vendido pelo funcionário do caixa da farmácia, desenvolvido por uma equipe de um laboratório farmacêutico.

A convivência cotidiana com os outros é marcada por um cuidado para marcar um intervalo/afastamento, seja para nivelar diferenças, para esforçar-se para aproximar-se dos outros e não ficar aquém, ou para subjugar-los. Neste afastamento, entretanto, a presença

enquanto ser-com-outros, se perde sob a tutela homogeneizadora cotidiana dos outros. Não somos nós mesmos, os outros tomam-nos o ser. O domínio dos outros ocorre sem nem nos darmos conta de que eles apresentam para nós determinados modos de ser, de que existimos em referência a eles e não conforme nossas próprias possibilidades. Na realidade, enfatiza Heidegger, nós também fazemos parte destes outros, e consolidamos seu poder. A convivência dissolve a propriedade da presença no modo de ser dos outros, da cotidianidade, que tem caráter homogeneizador – desaparece a capacidade dos outros de diferença e expressão. O impessoal representa, assim, o desaparecimento num “ser-eles” público, cotidiano, impróprio. “O eu é alienado de si próprio e torna-se um *Man* [se, impessoal]” (STEINER, 1990).

*

De modo geral, permanecemos no impessoal e, assim, somos impropriamente no modo de ser instituído para nós. E assim cuidamos da nossa saúde de maneira preventiva como impessoalmente se cuida; realizamos *check-up* médico anual como impessoalmente se realiza; lemos e discutimos reportagens sobre as novas descobertas da medicina como impessoalmente se faz; buscamos tratamentos médicos para retardar a morte como impessoalmente se busca o mais viver.

Em reportagem da *Veja*, a jornalista Cuminale (2015) conta que seis anos após o tratamento de câncer de mama, Eny Rodrigues se deparou com a recorrência da doença, agora de modo muito mais agressivo com metástase nos ossos e fígado. No início, começou a mancar; logo depois, já não caminhava, mal saía da cama. Em seis meses, tinha perdido vinte quilos e tomava morfina de quatro em quatro horas. Os médicos previram apenas meses de vida. Após o prognóstico, entretanto, surgiu a oportunidade de participar da pesquisa de uma droga experimental (CUMINALE, 2015). Numa cultura amplamente marcada pela ciência e tecnologia, o impessoal reforça a crença na eficácia de tais saberes/processos e orienta a aposta. Como não aceitar a oferta técnico-científica?

Uma tendência do ser-com é promover a *medianidade*, designando o que é conveniente, valoroso, ousado e/ou realizável, para, assim, estabelecer um controle sobre qualquer exceção ao estipulado. Com isso, aparece outro modo de ser do impessoal: o *nivelamento* das possibilidades de ser. Em geral, somos no mundo a partir das possibilidades, de modos de existir, apresentados para nós, que visam obscurecer que somos *pura possibilidade de ser*.

“Surto de imprudência” é o título da reportagem de Lopes e Melo (2015) na *Veja*. As jornalistas são enfáticas:

A origem do surto está associada ao crescente espaço conquistado por grupos adeptos do movimento antivacina, avessos à imunização. Dizer ‘não’ é um direito individual, inalienável, mas, quando ele afeta a saúde pública, não há como fugir da constatação de retrocesso, na contramão dos avanços da medicina. É a quebra de um contrato social que, nas últimas décadas, salvou milhões de vida e não pode ser rompido com alegações muito frágeis [...] A imunização contra o sarampo, só ela, salva meio milhão de crianças a cada ano. Somadas, as cerca de trinta vacinas atualmente em uso livram da morte 3 milhões de pessoas no mundo e evitam que 10 milhões sofram as sequelas das mais variadas afecções (LOPES, MELO, 2015, p. 69-70).

Retrocesso, quebra de contrato social e colocação de vidas em risco por discursos individuais insustentáveis. Como aceitar que um comportamento ousado exponha à morte uma criança e todos a seu redor? As jornalistas tecem comparações inclusive com o cigarro e com a exposição a riscos do fumante passivo. Numa cultura do risco e de fuga da morte, a atitude antivacinação é considerada extemporânea, irresponsável e condenável. Designa-se claramente a atitude valorosa, ao mesmo tempo em que se condena a exceção e marca-se o controle: no Brasil, a vacinação é obrigatória. O benefício do Bolsa Família, a propósito, só é concedido às famílias cujas crianças tenham se vacinado, acrescentam as jornalistas.

O caráter prescritivo do impessoal também retira de cada presença sua responsabilidade, pois permite que nele se apoie impessoalmente. Prescrevendo todo julgamento e decisão, o impessoal pode assumir a responsabilidade por tudo – o impessoal aparece como o *quem*, mas, na verdade, é o *ninguém*. Ele “vem ao encontro da presença, dispensando-a de ser [...] Todo mundo é o outro e ninguém é si mesmo” (HEIDEGGER, 2015, p. 185).

Na cultura contemporânea, a prática médica cotidiana é marcada comumente pela busca da cura e/ou pelo adiamento da morte. No livro *How we die*, o médico Sherwin B. Nuland é enfático: “todo médico especialista deve admitir que, às vezes, convenceu pacientes a passarem por procedimentos tão irracionalmente, que seria melhor que o Enigma tivesse permanecido sem solução”. É neste sentido que Ariès (2014, p. 789) aborda que “o tempo da morte pode ser prolongado conforme a vontade do médico”. Ariès refere-se aqui à capacidade do médico regular a duração e retardar a morte – de horas a anos – por meio de procedimentos técnicos. O problemático, destaca, é o prolongamento ter se tornado o objetivo e a equipe se recusar a interromper a manutenção artificial da vida. “A morte deixou de ser admitida como fenômeno natural, necessário. Ela é um fracasso, um *business lost* [negócio perdido]. Essa é a opinião do médico que reivindica como sua *razão de ser*” (ARIÈS, 2014, p. 791, grifo meu). O médico, como lembra Ariès, é apenas um porta-voz da sociedade. Sua razão de ser é a superação dos sofrimentos, o adiamento da morte e a busca pela vida, porque estes aparecem como valores

centrais de uma cultura amplamente marcada pelas crenças na tecnologia e na ciência. Quando o paciente alcança o óbito, o médico usualmente interpreta como fracasso de suas habilidades profissionais.

Na edição *How to have a better death*, da *The Economist*, expõe-se que grande parte dos médicos escolhem esta profissão para ajudar as pessoas a retardar o processo da morte, não para conversar sobre sua inevitabilidade e assumi-la como possibilidade mais própria e irremissível. Muitas vezes, os pacientes são submetidos a tratamentos drásticos, mesmo sem serem questionados sobre seus desejos moribundos. Nos Estados Unidos, apenas um terço dos pacientes americanos com câncer terminal são questionados sobre seus objetivos no final da vida. E a conversa só acontece quando surgem situações passíveis de colocar em risco a manutenção em vida, como, por exemplo, quando pacientes desejam participar de um evento especial, como o casamento de um neto, tendo, para isso, que deixar o hospital e arriscar uma morte anterior ao prognóstico médico. Em muitos outros países, destaca a revista, a participação dos pacientes é ainda menor (HOW..., 2017). Pesquisa da *The Economist*, em 2016, revelou ainda que o Brasil, quando o assunto é a própria morte, é o país que mais se preocupa com o prolongamento da vida, em percentual bastante superior aos demais países que fizeram parte do estudo (Estados Unidos, Itália e Japão).

Enquanto impessoalmente-si-mesmo, temos nossa interpretação do mundo e nosso ser-no-mundo prelimitados pelo impessoal. ImproPRIAMENTE é, assim, um modo de ser-no-mundo apoderado/tomado pelo mundo e pelos outros no impessoal. Próprio e impróprio, si-mesmo e impessoal, si-mesmo próprio e impessoal impróprio. O não ser ela própria é o modo mais costumeiro da presença, em que na maior parte das vezes ela se encontra e que caracteriza seu envolvimento com os outros e com o mundo. “A decadência é uma determinação existencial da própria presença” (HEIDEGGER, 2015, p. 241). Na decadência, a presença decaiu no mundo, o qual pertence ao ser da presença; é um modo existencial de ser-no-mundo. Não é um acaso ou escolha errada, faz parte da existência cotidiana. “Ser-no-mundo ‘é por si mesmo tentador’. Ceder à tentação da mundaneidade é, muito simplesmente, existir” (STEINER, 1990, p. 86).

1.2.1 A morte

Enquanto ser-com-outros, ao longo da vida, adquirimos possivelmente a experiência com a morte a partir da passagem do modo de ser da presença para o não mais ser da presença dos outros. No ser-com o morto, os vivos ainda podem ser e estar com ele a partir do mundo, tanto imediatamente nas cerimônias fúnebres, como adiante através da leitura de livros, do estudo do pensamento, da apreciação da música, dos filmes... Apesar da possibilidade de apreensão da morte de outros, não podemos ter efetivamente a *experiência* da morte, apenas apreendemos objetivamente o findar. Mesmo sofrendo a perda, não podemos acessar a perda ontológica, experienciada por quem morre. No ser-com o morto, estamos apenas junto. Isto porque não é possível retirar do outro a sua morte, podemos até morrer no lugar do outro, mas ainda assim estamos apenas adiando o fim deles e não retirando efetivamente sua morte. A morte é um fenômeno existencial, constituído essencialmente pelo “ser-de-cada-vez-meu” (DASTUR, 1997, p.80).

O chegar-ao-fim é uma possibilidade ontológica singular, insubstituível e inalienável. É a única possibilidade existencial da presença que não pode ser dela retirada por nenhum contato com o outro e com o mundo. A possibilidade da presença depende, deste modo, de sua impossibilidade – a morte. Existindo, a presença já está lançada nesta possibilidade. A morte tem caráter insuperável, é a possibilidade da impossibilidade de qualquer outra possibilidade. O ser-para-o-fim é o ser para essa possibilidade privilegiada, mais própria, irremissível e insuperável da presença.

A presença é sempre um ainda-não. O que constitui a não totalidade da presença é um ainda-não. Mas isto não deve ser compreendido num sentido de pendente, pois significaria entender a presença como algo dado. A morte não é algo ainda não dado e pendente, mas iminente. De modo semelhante ao fruto, o ainda-não está incluso no próprio ser. Heidegger, todavia, aponta diferenças entre o tempo da presença e o tempo do fruto. O fruto alcança o amadurecimento por si mesmo, o amadurecimento e o amadurecer caracterizam o ser enquanto fruto, o amadurecimento o completa e, alcançado a sua totalidade, ele finda. Embora a presença e o fruto coincidam no fato de serem seu ainda-não, a morte da presença e a maturidade do fruto enquanto fim não coincidem como estrutura ontológica do fim. O fruto se completa com seu amadurecimento, enquanto a presença finda na incompletude. Nunca se completa, porque quando o faz, quando chega ao fim, já não é.

Assim como a presença é sempre seu ainda-não, é também o seu fim. “O findar implicado na morte não significa o ser e estar-no-fim da presença, mas o seu ser-para-o-fim. A

morte é um modo de ser que a presença assume no momento em que é” (HEIDEGGER, 2015, p. 320). A presença é para sua morte. Morte é definição interna da condição humana, é uma possibilidade no presente e não no futuro apenas como evento que virá. Neste sentido, “importa menos a morte em si do que nossa relação com ela na existência” (DUARTE, 2017, p. 379). Não podemos experimentar a própria morte, mas estamos sempre experimentando uma relação com ela.

Na medida em que a morte é realidade-no-mundo, a presença pode cair nas tentações da impropriedade e de encobrimento do ser-para-a-morte mais próprio num escape decadente. A morte, que é essencialmente minha e para qual ninguém pode me substituir, é pervertida “num acontecimento público que vem ao encontro do impessoal”, que *eles* enfrentam (HEIDEGGER, 2015, p. 329). “Morre-se” é a frase reveladora de uma experiência banalizada e alienada (STEINER, 1990). Tem caráter de indeterminação: um dia, em algum lugar, mas ainda não. A morte não se constitui aí como ameaça e nem como pertencente propriamente a mim ou a alguém – o impessoal é o ninguém. Assim, a morte aparece como acontecimento conhecido, que atinge a presença, mas que não pertence a ninguém. O modo do ser-para-morte cotidiano encobre a morte como possibilidade irremissível e insuperável. Primeira característica do modo de ser da decadência: *tentação* de encobrir o ser-para-a-morte mais próprio.

Além de incentivar a tentação deste encobrimento, o impessoal busca *tranquilizar* sobre a morte. Heidegger cita como exemplo o comportamento correntemente adotado por pessoas mais próximas de convencimento do moribundo de que este escapará da sua morte, o que não deixa de ser uma tentativa de consolo para quem está próximo da morte e para os que consolam. Com tal atitude, “não faz senão ajudar a velar-lhe ainda mais sua possibilidade de ser, mais própria e irremissível” (HEIDEGGER, 2015, p. 329). E se a morte chega não deve desestabilizar o mundo das ocupações.

Em reportagem da *Veja*, Cuminale (2016, p. 81) analisa:

É natural que as famílias busquem o que estiver ao seu alcance para salvar entes queridos. A vulnerabilidade de homens e mulheres faz sonhar com âncoras milagrosas para enfrentar o diagnóstico de uma doença terminal. O desespero e a esperança se somaram para dar à ‘pílula do câncer’ uma aura de milagre que não corresponde às suas possibilidades médicas.

Em 2016, surgiu um grande burburinho em torno de uma pílula milagrosa que curaria o câncer. A pílula era distribuída gratuitamente pelo químico brasileiro Gilberto Chierice, criador da fórmula, em seu laboratório da Universidade de São Paulo, e vinha atraindo cada vez mais pacientes e familiares ávidos pela cura, mesmo sem comprovação científica de sua eficácia,

consoante os protocolos internacionais e sem liberação da Anvisa para sua comercialização. “Esse homem é um Deus” – referiam-se pacientes a Chierice. Em outubro de 2015, quando a USP proibiu a distribuição da pílula, ações judiciais começaram a ser movidas por familiares para liberação da droga para seus entes. Até abril de 2016, havia mais de 20.000 pedidos nos tribunais. O primeiro advogado a mover ação judicial para conseguir a pílula para sua mãe recebeu uma sentença favorável. Sua mãe utilizou durante 20 dias e logo após morreu. A reportagem contempla também as pílulas milagrosas do Frei Galvão, santo brasileiro, que atrai milhões de fiéis a seu santuário (CUMINALE, 2016a). Tal atitude pode ainda ser encarada como resistência à medicalização, ao autoritarismo da medicina sobre o corpo.

A terceira característica do modo de ser da decadência é a *alienação* da presença frente ao seu poder-ser mais próprio, irremissível e insubstituível. O impessoal regula/prescreve o comportamento diante da morte. Trata a angústia como uma fraqueza, não permitindo a coragem de assumi-la e revertendo-a em medo – tema que será melhor explorado adiante.

“Decadente, o ser-para-a-morte cotidiano é uma insistente *fuga dele mesmo*” (HEIDEGGER, 2015, p. 330). O ser-para-morte impróprio esquiva-se da morte num escape decadente e cotidiano. O impessoal “não permite a coragem de se assumir a angústia com a morte” (HEIDEGGER, 2015, p.330). No escape de si e da morte, a presença não estaria, de todo modo, atestando a possibilidade mais extrema de sua existência? Tentando dela escapar, a presença cotidiana atesta a morte como possibilidade.

Esta espécie de certeza de que se morre não implica, todavia, o estar-certo, que corresponde à apreensão da presença da morte como possibilidade privilegiada. Na cotidianidade, admite-se o morrer para enfraquecê-lo e aliviar o estar-lançado nesta possibilidade, encobrindo-o ainda mais.

A certeza inerente ao encobrimento do ser-para-a-morte só pode ser um ter-por-verdadeiro inadequado [...] A certeza inadequada mantém encoberto aquilo de que está certa. Se a compreensão ‘impessoal’ da morte é a de um acontecimento que vem ao encontro dentro do mundo, então a certeza a ela relacionada não diz respeito ao ser-para-o-fim (HEIDEGGER, 2015, p. 333).

Impessoalmente, diz-se que a morte é certa, mas desconsidera-se que, para ter certeza da morte, a presença precisa ter certeza de seu poder-ser mais próprio, irremissível e insubstituível. Cotidianamente, tem-se a experiência da morte dos outros, atesta-se a probabilidade da morte, mas não a sua incondicional certeza. Só se atribui à morte uma certeza empírica e, assim, a presença não consegue ter certeza da morte naquilo que ela é. “A cotidianidade decadente da presença conhece a certeza da morte, mas escapa do *estar-certo*”

(HEIDEGGER, 2015, p. 334). Este escape, complementa Heidegger, atesta que a morte deve então ser compreendida como a possibilidade mais própria, irremissível, insuperável e certa.

Quando diz “ainda não”, o impessoal encobre que na certeza da morte há a sua possibilidade a todo instante e a indeterminação do quando. “O ser-para-a-morte cotidiano escapa dessa indeterminação, emprestando-lhe determinações [...] A indeterminação da morte certa determina as ocupações cotidianas, colocando-lhes à frente as urgências e possibilidades previsíveis do cotidiano mais próximo” (HEIDEGGER, 2015, p. 334-335). Tem-se, assim, um empenho ‘angustiado’ nas ocupações cotidianas e sem angústia frente à certeza da morte. Esse escape decadente e cotidiano da morte é um ser-para-morte impróprio. Improriedade aqui se refere a um modo de ser em que a presença pode desviar-se e na maioria das vezes o faz, mas não necessariamente.

De modo oposto, o ser-para-a-morte próprio não foge da sua possibilidade mais própria, irremissível, insubstituível, certa e indeterminada, tentando encobri-la impessoalmente. O ser-para-a-morte é o ser para uma possibilidade privilegiada da presença. Deve relacionar-se com a morte de modo que ela se desvele nele e para ele como possibilidade. Isto implica não se ocupar da realização da morte, pois isso significaria deixar de viver, retirando, assim, o solo deste ser; não esperar, porque, na espera, abandona-se um possível, espera-se o esperado, enquanto que o possível está comprometido com o *se*, o *como* e o *quando* de sua realização; não ficar ruminando e pensando sobre a morte, pois o pensamento enfraquece a morte “por uma pretensão calculada de se dispor” dela (HEIDEGGER, 2015, p. 338). Isto só é possível na *antecipação da morte*. A antecipação exagera a possibilidade da morte. Trata-se de compreendê-la no poder-ser, de apreendê-la como possível a cada instante, mas distante de qualquer concretização. Implica, assim, conservar-lhe o caráter de pura possibilidade, “atingir uma proximidade não presente” (HAAR, 1997, p. 37).

A temporalidade própria da presença só é a ela acessível quando esta se compreende como mortal, quando antecipa a própria morte como o que constitui a sua possibilidade mais extrema. O homem é o único ente que pode estabelecer uma relação com a sua morte. Através da antecipação da morte, a presença é o tempo propriamente dito. O tempo é o autêntico princípio de individuação, aquilo através do qual a presença é cada vez minha. E é no ser-porvir da antecipação que a presença é propriamente ela mesma. Na antecipação, a presença é o seu porvir, mas de tal modo que regressa ao seu passado e ao seu presente. O ser-porvir é, assim, o “‘como’ próprio do ser-temporal, é a maneira de ser do ser-aí [presença], na qual e a partir da qual ele se dá o seu tempo” (HEIDEGGER, 2008, p.51).

“Ser-para-a-morte é antecipar o poder-ser de *um* ente cujo modo de ser é, em si mesmo, o antecipar. Ao desvelar numa antecipação esse poder-ser, a presença abre-se para si mesma, no tocante à sua possibilidade mais extrema” (HEIDEGGER, 2015, p. 339). É na antecipação da morte que a presença se experimenta como poder-ser. Ela percebe sua perdição no impessoal e a possibilidade de dele sempre desligar-se, de compreender seu poder-ser mais próprio e de, assim, poder existir propriamente.

É no antecipar também que a presença compreende que o poder-ser só pode ser assumido por ela mesma. A morte singulariza a presença. O antecipar da possibilidade irremissível obriga-a a assumir seu próprio ser a partir de si e para si mesmo. A presença é propriamente, apenas quando, enquanto ser-com na ocupação e na preocupação, se projeta para seu poder-ser mais próprio e não para o impessoal. Enquanto poder-ser, a presença só pode ser propriamente antecipando.

A morte distingue-se das demais possibilidades por não propor à presença nada a ser realizado. Ela é a possibilidade da impossibilidade de qualquer comportamento em relação a. É a possibilidade por excelência. O verdadeiro ser-para-morte é aquele que “busca uma apreensão ontológica da sua própria finitude em vez de se refugiar na convencionalidade banal da existência biológica comum” (STEINER, 1990, p. 92).

Na antecipação para a morte, enquanto certeza indeterminada, a presença abre-se para uma ameaça. “O *Dasein* [presença] não está, com efeito, *aberto* a si mesmo, aos outros e ao mundo senão na medida em que a possibilidade do fechamento a tudo o que é o ameaça constantemente” (DASTUR, 1997, p. 81). A angústia permite que essa ameaça se mantenha aberta. O antecipar coloca para a presença a possibilidade de ser ele próprio, de assumir sua possibilidade mais própria e sua liberdade para a morte, o que se desvela na angústia.

*

ANGÚSTIA

Um dos desafios éticos inferidos a partir de *Ser e Tempo* é a conquista de uma propriedade na relação do ser com o mundo. Dissemos que usualmente somos seres-no-mundo impróprios, absorvidos pelo mundo e pela co-presença dos outros no impessoal. É um modo de ser tentador, tranquilizante, o que dificulta a singularização do ser-com. Esta singularização só pode ser alcançada no nosso próprio relacionamento com o mundo, mas a partir da problematização desta relação, da colocação em questão do impessoal e da hifenização do ser-com. A angústia

é a disposição que torna problemático nosso ser-no-mundo. “A *Angst* é um sinal de autenticidade, da repudição do ‘ser-eles’ (STEINER, 1990, p. 83).

O que angustia não está em lugar nenhum, não é um ente intramundano, nem uma ameaça determinada, já está sempre por aí, em lugar nenhum e tão próximo que aperta a garganta. É absolutamente indeterminado – nada e em lugar nenhum –, por isso mesmo tão angustiante – não se sabe o que é aquilo que angustia. “O caráter de indeterminação daquilo diante de e por que nos angustiamos, contudo, não é apenas uma simples falta de determinação, mas a essencial impossibilidade de determinação” (HEIDEGGER, 1979a, p. 39). Sente-se estranho na angústia, mas não se sabe diante de que.

A estranheza sentida na angústia é o “não se sentir em casa”, “não estar familiarizado com”, o rompimento com a familiaridade cotidiana. Isto porque, no amparo oferecido pelo impessoal, a presença não se reconhece como pura possibilidade de ser. “A angústia é a passagem da falsa familiaridade à estranheza verdadeira da presença face a si mesmo, o regresso ao si-mesmo radicalmente inquietante como radical poder-ser” (HAAR, 1997, p. 82). A imersão no impessoal, no mundo das ocupações, é uma fuga de si mesmo, perante a angústia de si, de compreender-se como pura possibilidade de ser. De todo modo, é certo de que só pode fugir de si mesmo na medida em que se coloca diante de si, mesmo não apreendendo aquilo do que se foge. Na fuga, a presença quer afastar-se daquilo que o ameaça. O que ameaça, entretanto, é a própria presença. O que angustia não é algo que estaria dentro de um sujeito e fora do mundo, é o ser-no-mundo enquanto tal.

A angústia desestabiliza a imersão no impessoal, a possibilidade de compreender-se a partir do mundo e do ser-com. O que angustia é a possibilidade de ser que se abre para a presença desamparada, sem a proteção do cotidiano, do empenho decadente do mundo e da interpretação pública. Angústia com a abertura, com o poder-ser-no-mundo, com o ser-possível, com a possibilidade de escolha, com o “ser-livre para a liberdade de escolher e acolher a si mesma” (HEIDEGGER, 2015, p. 254).

A fuga, neste sentido, não seria *de* um ente intramundano, mas *para* o ente, visando o amparo da familiaridade cotidiana tranquilizadora. Foge-se de não se sentir em casa, da “estranheza inerente à presença enquanto ser-no-mundo lançado para si mesmo em seu ser” (HEIDEGGER, 2015, p. 256). Estar-lançado é o modo de ser de um ente que é possibilidades, que se compreende nelas e a partir delas.

A angústia singulariza a presença na propriedade do seu ser-no-mundo que se projeta para possibilidades, isto é, convoca a presença para uma singularização diante de seu poder-ser-no-mundo mais próprio. É neste sentido que a angústia pode ser identificada pelo olhar do

outro sobre aquele que se angústia e que busca estabelecer uma nova relação com o mundo, em busca de propriedade.

[...] a angústia pertence à constituição essencial da presença como ser-no-mundo [...] O ser-no-mundo tranquilizado e familiarizado é um modo da estranheza da presença e não o contrário. O não sentir-se em casa deve ser compreendido, existencial e ontologicamente, como o fenômeno mais originário (HEIDEGGER, 2015, p. 256).

É, assim, na angústia que a presença se abre para um sentido originário. Toda disposição abre o ser-no-mundo como mundo, ser-em e ser-próprio. Entretanto, só a angústia, fenômeno raro e disposição privilegiada, é caracterizada por uma abertura privilegiada que singulariza a presença, retirando-a de sua decadência e apresentando a propriedade e a impropriedade como modos de ser, melhor, como possibilidades de ser.

A angústia é a “abertura de que, como ser-lançado, a presença existe *para* seu fim” (HEIDEGGER, 2015, p. 327). O conceito existencial da morte é este ser-lançado para sua possibilidade mais própria, irremissível e insuperável. Deste modo, assumindo diante de si a possibilidade mais própria, irremissível, insuperável, certa e inseparável de seu lançamento no mundo, a presença é em angústia. O ser-para-morte é, assim, angústia.

Apenas a angústia revela o seu “poder-morrer”. Haar (1997, p. 34) evidencia que a morte é uma possibilidade mais certa e antiga que o *Sum* [eu]. “No eu ‘sou como devendo-morrer’ (é assim que é preciso entender o gerúndio, como um futuro necessário e indeterminado), o dever-morrer *precede* o *sum*, dá-lhe absoluta e inicialmente (*allererst*) sentido”. Na angústia, o estar-lançado na morte se libera de modo mais próprio.

“Diante de que e por que nós nos angustiávamos era ‘propriamente’ – nada. Efetivamente: o nada mesmo – enquanto tal – estava aí” (HEIDEGGER, 1979a, p. 39-40). O nada se revela na angústia e é por ela manifesto. A angústia possibilita a comunicação do nada e do ser. “O nada desvela-se como pertencendo ao ser do ente” (HEIDEGGER, 1979a apud HAAR, 1997, p. 73¹). Ou, nos termos de Steiner (1990), o nada se apresenta como o véu do ser e é na angústia que se realiza a experiência do ser como o nada.

É através da angústia que despertamos para o nada, que constitui o fundo sem fundo da nossa existência, que despertamos para a existência fundada na própria finitude, sem qualquer fundamento, sem qualquer determinação, “como projeto lançado pela transcendência do Nada” (LEÃO, 2000, p. 194). É por estar suspenso previamente dentro do nada que a presença pode

¹ Mesmo tendo lido o original de Heidegger “O que é a metafísica” na tradução brasileira, optei por referenciar aqui Haar por uma preferência por sua tradução em relação a esta frase especificamente.

entrar em contato com o ente e consigo mesmo. Só a presença, em sendo, pode colocar em jogo a questão do ser, só a presença pode ter angústia.

A percepção da presença como pura possibilidade de ser só se dá na angústia, através do reconhecimento do nada. Apenas em razão de o nada constituir nossa existência, somos pura possibilidade de ser. É este nada constitutivo da presença que garante, assim, a sua liberdade. “É como um abismo no qual, porém, ‘caímos para o alto’” (DUARTE, 2017, p. 382). Ao cair no abismo, fundo sem fundamento, não caímos simplesmente em queda livre, há também a possibilidade de “cair pra cima”, de descoberta da beleza da transitoriedade e de abertura para liberdade, salienta Duarte.

*

MEDO E FINITUDE

Heidegger (2015) apresenta a angústia em contraponto ao medo mundano. A distinção evidente é entre o “cuidado ontologicamente vital da angústia” e a “mundanidade negativa do medo” (STEINER, 1990, p. 90). Na angústia, não há apenas uma indeterminação do ente intramundano que ameaça, como este ente é totalmente irrelevante. Não há também uma região determinada da qual se pudesse ver o ameaçador se aproximando. O que ameaça está em lugar nenhum. O que angustia, destaca Duarte (2017, p. 382, grifo meu), não é a morte como fim futuro, mas “a condição mortal que nos define *no presente*”.

O medo, por outro lado, tem como característica a limitação do objeto. O *de que* se tem medo é sempre um ente intramundano determinado, conhecido, que vem de uma região determinada, se aproxima de modo ameaçador, mas ainda mantém distância, podendo chegar ou não – é nesta aproximação da proximidade que o prejudicial ameaça. O *ter medo* não provém primeiro da constatação de um mal futuro. Antes de constatar, já há medo. O ente, em seu ser amedrontador, já causa medo. “É tendo medo que o medo pode ter claro para si o de que tem medo” (HEIDEGGER, 2015, p. 200). O *pelo que* se tem medo é o próprio ente que tem medo. Apenas o ente que, em sendo, coloca em jogo seu próprio ser, pode ter medo. Assim, quando teme por um objeto determinado, no fundo, o ente teme por ele mesmo. “O medo vela, ao mesmo tempo, o estar e ser-em perigo” (HEIDEGGER, 2015, p. 201).

O *ter medo em lugar de* não retira o medo do outro, pois este outro não precisa ter medo necessariamente e, de fato, é o que comumente ocorre quando sentimos medo no lugar do outro. Em última instância, o que desperta o medo é o ser-com o outro e sua possibilidade de supressão. Aquele que tem medo em lugar de sabe que não será de fato atingido pelo medo, a

não ser pela co-presença. Uma mãe que teme o agravamento da doença do filho sabe que o evento amedrontador não irá atingi-la efetivamente, a não ser na condição do seu ser-com o filho.

Heidegger apresenta variações do afeto medo conforme familiaridade e dimensão do acaso. O medo se transformaria em *pavor* quando uma ameaça – em seu *ainda-não*, mas a qualquer momento sim – chega subitamente. No pavor, a ameaça é conhecida, familiar e súbita. Quando a ameaça perde o caráter de familiaridade, o medo vira *horror*. Quando a ameaça tem o caráter de horror, mas ao mesmo tempo o de pavor (do súbito), o medo torna-se *terror*. Estas variações do medo indicam que a presença, enquanto ser-no-mundo, é medrosa. Esta “medrosidade” deve ser compreendida como “possibilidade existencial da disposição essencial” de toda presença (HEIDEGGER, 2015, p. 202). A presença é sempre futuro, sempre um projetar-se.

“Medo é angústia imprópria, entregue à decadência do ‘mundo’ e, como tal, angústia nela mesmo velada” (HEIDEGGER, 2015, p. 256). Medo é angústia velada, porque tenta desviar-se da angústia via a determinação da ameaça. Como uma marca da angústia é a indeterminação, não há o que fazer a respeito dela. Mas quando determinamos o *quem*, o *por que*, o *pelo que*, o *como*, o *onde* da ameaça, tem-se a sensação de poder fazer algo a respeito para evitar o evento amedrontador. A determinação da angústia em medo é o afastamento de uma fonte fundamental de liberdade. Aqueles que nos privam da angústia transformando-a em medo, expõe Steiner (1990), afastam-nos da própria vida. Esse lugar de privação pode ser assumido por padres e também por médicos.

Quais são as atitudes hoje disponíveis para lidar com o sofrimento e com a morte? Um modo científico de lidar com a finitude na contemporaneidade é a busca pela superação da condição mortal do homem e pelo rompimento das barreiras da temporalidade humana – ápice da técnica; de modo estreito, a busca pelo adiamento da morte via lógica do cuidado de si proposto pelo saber médico-tecnocientífico. O argumento central é de uma expressiva fuga da angústia e de sua determinação em medo via intervenção técnica.

Na cultura contemporânea, a ciência e a tecnologia invadem o cotidiano, provocando inúmeras alterações nos modos de viver e de conceber os processos naturais de nascimento, envelhecimento e morte. Experimentamos a medicalização da vida e da morte e a constante busca pelo ultrapassamento das “limitações biológicas ligadas à materialidade do corpo humano” (SIBILIA, 2015:51) e à temporalidade da existência. A tecnociência contemporânea, complementa Sibilialia (2015, p. 52), subverte “a antiga prioridade do orgânico sobre o tecnológico”, ao mesmo tempo em que trata a “natureza preexistente como matéria-prima

manipulável”. A meta, destaca Castells (1999), é banir a morte e combater o envelhecimento a todo instante, com apoio da ciência médica, do setor de saúde e da mídia.

A cultura do risco, da medicina de caráter preventivo e preditivo, ao antecipar as mais prováveis causas de morte de cada indivíduo, reverte a angústia com a finitude em medo do advento de uma doença determinada. Verifica-se neste fenômeno o jogo entre real (incontrolável) e virtual (controlável) orientado pelo anseio de controle, asseguramento e cálculo da técnica. Com isso, são propostos modos de agir, de intervir para evitar o evento amedrontador, ao mesmo tempo em que é simplificado o questionamento e oferecido algo para apoio – a familiaridade cotidiana. Adotando os termos de Heidegger (2015, p. 256), seria o medo como “angústia imprópria, entregue à decadência do ‘mundo’”. Se o filósofo diz que a vida é certeza do incerto, o probabilístico retruca: incertezas são probabilidades desconhecidas, a incerteza pode ser medida. O risco é a forma contemporânea do cálculo aplicada ao corpo, não mais ao domínio da natureza.

*

1.3. TÉCNICA

“O pensamento que calcula faz cálculos. Faz cálculos com possibilidades continuamente novas [...] O pensamento que calcula corre de oportunidade em oportunidade. O pensamento que calcula nunca pára [sic], nunca chega a meditar” (HEIDEGGER, 2000, p. 13). Calcular é criar condições prévias de certeza e incerteza. Cálculo é o triunfo da cobiça, da vontade de planificação, de certeza, de controle, de asseguramento. Homem é antecipação, está sempre na expectativa do porvir, quer eliminar do horizonte da vida o risco, a ameaça.

Heidegger (2000, p. 15-16) questiona: “O espírito que medita (*sinnende*) reina ainda no país?” O meditar, diferentemente do pensamento que calcula, recolhe-se ao finito para refletir sobre o lugar do homem como único lugar possível. A “esfera aberta do espírito” é querer e exercitar isso dentro dos limites de possibilidade, enquanto que a ciência moderna e a técnica pregoam a vontade de infinito e a expatriação do homem. O pensamento que medita exige que o homem não fique preso unilateralmente ao cálculo, à técnica, à ciência moderna, que tudo querem controlar. Por isso, Heidegger indaga: será que o Homem ainda está fincado no finito? “Cairá tudo nas tenazes do planejamento e do cálculo, da organização e da automatização?” (HEIDEGGER, 2000, p. 17). Da antecipação e do controle?

A técnica, convertida em tecnologia e tecnocracia, é o sentido orientador da contemporaneidade. É como tecnologia que a técnica se faz, na contemporaneidade, tecnocracia. Isto é, o poder da técnica contemporânea cresce e faz-se desde o sentido orientador (*logos*) desta mesma técnica. É assim que a técnica moderna (tecnologia) constitui-se na imediatidade de nossa inevitável, incontornável e irrevogável situação, isto é, “ser-no-mundo” (FOGEL, 1996, p. 41).

A tecnologia pode ser chamada “a apresentação e aperfeiçoamento do ente perpassado pela essência da técnica” (HEIDEGGER, 1979b, p. 193). A tecnologia, completa Fogel (1996), é nossa situação, o mundo pelo qual somos determinados e tomados pelo que recebemos como herança (provém dos gregos), somos, assim, envio dela e para ela, é nosso passado, presente e futuro; a técnica define nossa situação histórica. Sendo a técnica nosso ser-no-mundo, se impõe como tarefa pensar a sua essência.

A essência da técnica, explica Heidegger (2012), não é nada técnico, assim como a essência da árvore, aquilo que rege toda árvore enquanto tal, não é uma árvore passível de ser encontrada em outras árvores. Não é possível ter uma experiência de relacionamento com a essência da técnica enquanto nos atermos apenas ao que é técnico, aos feitos e objetos técnicos. A compreensão da essência, da força instauradora, conduz a pergunta sobre o projeto orientador do qual a técnica é concretização. Toda técnica é “realização de um projeto, de um interesse ou de uma compreensão originária, isto é, prévia antecipadora, do real, das “coisas” ou do “mundo”, que nos circunscreve, permeia e perpassa” (FOGEL, 1996, p. 43-44). O sentido orientador da técnica moderna é precisamente controle e asseguramento.

A técnica, no sentido grego inaugurador, instaura um mundo que não aparece já como dado ao homem. Nos deparamos com objetos técnicos, que não são naturais ou simplesmente dados pela natureza. O avião e a usina de força são meios produzidos para um fim determinado pelo homem. Uma concepção instrumental da técnica a compreende como meio para alcançar determinado fim. O homem aparece como o senhor da técnica, recorrendo a ela para seus propósitos. A técnica moderna difere das técnicas anteriores, porque se apoia na moderna ciência exata da natureza e, assim, é regida por um tipo particular de descobrimento: exploração imposta à natureza. Com o moinho de vento, havia extração da energia, sem armazenamento. Com o trabalho camponês, não havia provocação e desafio do solo, mas cultivo e espera de germinação. Outra posição, entretanto, absorveu o campo. A agricultura mecanizada e a indústria da alimentação dispõem da natureza, no sentido de exploração visando dela extrair o máximo rendimento com o menor gasto possível. Com o descobrimento que domina a técnica moderna, o solo, o rio e o avião tornam-se objetos *dispostos a*, ou melhor, se

desencobrem como disponibilidade na medida em que estão dispostos a produzir alimentação, fornecer energia e assegurar o transporte. “Realizando a técnica, o homem participa da disposição, como um modo de desencobrimento” (HEIDEGGER, 2012a, p. 22). Numa concepção não-instrumental, a técnica é concebida como finalidade em si mesma. Tem-se a dominação pela dominação, sem propósito ou finalidade.

Nossos modos de ser e agir tornaram-se técnicos. O homem está tão apegado aos objetos técnicos, que se tornou escravo deles. O homem ele mesmo tornou-se material para a técnica. “Como o homem é a matéria-prima mais importante, pode-se contar que, em virtude da pesquisa química contemporânea, algum dia as fábricas haverão de ser construídas para a produção artificial de material humano” (HEIDEGGER, 2012b, p. 82). Heidegger destaca o abuso de toda matéria, inclusive da matéria homem.

*

Até metade do século XX, era o funcionamento do coração e dos pulmões que definiam a vida. Nas décadas de 50 e 60, os avanços da medicina mudaram esta definição de estar vivo. Os respiradores artificiais permitiram a manutenção em vida, mesmo sem o cérebro emitir comando para o funcionamento autônomo do organismo. Pode-se encontrar pulmão e coração em funcionamento, enquanto o cérebro não apresenta nenhuma atividade, em estado vegetativo. A integridade do cérebro passava, então, a ser o novo critério de diagnóstico da morte. A morte cerebral, todavia, passa depois a ser repensada com as próteses neurais e com o avanço dos estudos que indicam a capacidade de o cérebro gerar novas células. Um exemplo é o projeto Reanima que, conforme reportagem de *Veja*, visa “recuperar as funções vitais de indivíduos clinicamente mortos” (LOIOLA, 2016, p. 100). “Queremos, sim, fazer o tempo biológico voltar.”, enfatiza Pastor, diretor do projeto (LOIOLA, 2016, p. 100).

Em cerca de quatro meses, vinte indianos mortos poderão “ressuscitar” – ou, em outras palavras, recuperar a vida sob os aspectos médico e legal. No hospital Anupam, na cidade de Rudrapur, no norte da Índia, os pacientes que serão submetidos aos primeiros testes de reversão da morte cerebral estão sendo escolhidos pelos cientistas do projeto Reanima, da empresa americana de biotecnologia Bioquark. A experiência recebeu o aval das autoridades médicas dos Estados Unidos e da Índia – não é nenhuma atividade clandestina daquelas retratadas em filmes zumbis (LOIOLA, 2016, p. 99).

Inteligência artificial, engenharia genética, criogenia, farmacopeia antioxidante, *backup* da mente humana, nanotecnologia, recriação de membros, próteses biônicas, impressoras 3D

para recriar partes do coração, animação suspensa... “Sob os influxos fáusticos, a morte se submete à ‘capacidade de restauração’ [...] É a probabilidade estatística que diagnosticará o estado do paciente, em algum ponto entre os polos vivo e morto que marcam as extremidades desse inquietante menu” (SIBILIA, 2015, p. 54-55).

“Se não podemos voltar depois de já não existir, se mesmo a crença na ressurreição de Jesus não conforta, a chave é a longevidade com saúde” (BEER, 2015, p. 72). Recuperando a secularização como marca de nossa cultura, a jornalista Beer ressalta o lugar da aposta – a ação humana – e a corrente ambição: imortalidade e longevidade. O aumento da expectativa de vida em cinco anos que, antes, demandou quatro séculos (a partir de 1.500) para ser alcançado, aconteceu agora em dez anos (2005-2015). Estudos demográficos, associados a pesquisas genéticas, já indicam que quase metade dos bebês do nosso século poderão viver mais de 100 anos (BEER, 2015).

O biólogo inglês Aubrey de Grey provoca: já nasceu o humano que alcançará os mil anos. Ele aposta na terapia genética, acreditando que células mortas do coração e do cérebro que, até então, não são substituídas com o envelhecimento, podem ser trocadas por células-tronco. Para ele, “é patético ver o envelhecimento como natural”. Ray Kurzweil aposta na imortalidade da consciência, no armazenamento em microchips das informações do cérebro humano, que será possível em pelo menos quatro décadas. Em seu entender, o corpo pode até padecer, mas, uma vez que somos feitos de dados, podemos manter as informações em legados artificiais – e por que não fazer? Beer (2015, p. 73) complementa: “talvez seja o caminho que mais combine com nossos desejos”. Que ânsia é esta pela imortalidade? Se a do corpo ainda não pôde ser alcançada, buscam a permanência da consciência, da memória, do raciocínio, como que a ressaltar que de algum modo precisamos permanecer em vida de modo mais integral e evidente. Como Heidegger (2015) aponta, mesmo após a morte, permanecemos em contato com os que morreram através, por exemplo, de suas ideias, suas obras artísticas, da lembrança da relação com eles. A reportagem destaca que este modo de permanecer-com tem se mostrado insuficiente para os anseios contemporâneos.

*

O super-homem, para Deleuze (2005), seria o composto das forças no homem com novas forças, que já não são a elevação ao infinito (*forma-Deus*), nem à finitude (*forma-homem*), mas um *finito-ilimitado*. O super-homem “é quem liberta a vida *no próprio homem*, em proveito de outra forma” (DELEUZE, 2005, p. 179). Uma nova forma, que não é nem Deus,

nem homem, que é menos o desaparecimento dos homens existentes e mais uma mudança de conceito. A força-homem entra em relação com outras forças – das cadeias do código genético, do silício, da agramaticalidade. As novas pesquisas genéticas e tecnológicas apontam para um protagonismo do homem sobre sua condição. “É o homem carregado das próprias pedras, ou do inorgânico (onde reina o silício)” (DELEUZE, 2005, p. 181), numa elevação a um finito que não se contenta com as limitações, mas busca o ilimitado; forças externas que agem sobre a vida.

Devem a emancipação e a secularização da era moderna, que começaram com um afastamento, não necessariamente de Deus, mas de um Deus que era o Pai dos homens no céu, terminar com um repúdio ainda mais funesto de uma Terra que era a Mãe de todas as criaturas sob o firmamento? A Terra é a própria quintessência da condição humana [...] (ARENDDT, 2014, p. 2).

Arendt (2014) diagnostica o anseio de subsumir a vida natural ao artifício tecnológico produzido pelo homem. O desejo de escapar do aprisionamento da Terra evidente com a emissão do satélite Sputnik é também manifesto na criação de bebês em proveta e no desejo de prolongar a vida para além dos 100 anos. Nos três casos, é notável o desejo de escapar da condição humana. Tal anseio revela uma rebelião contra a existência que nos foi dada – pura gratuidade – e o desejo de substituí-la por algo fabricado pelo próprio homem. Permanecei fiéis à terra! – implorava Zarathustra (NIETZSCHE, 2011). Permanecei fiéis ao limite, ao finito, ao possível.

Uma vida que, enquanto vontade de querer, pré-condiciona o movimento de todo saber à forma do cálculo e do juízo assegurador. A lei inaparente da terra a resguarda na suficiência sóbria do nascer e perecer de todas as coisas, no círculo comedido do possível a que tudo segue e ninguém conhece. A bétula nunca ultrapassa o seu possível. As abelhas moram no seu possível. Só a vontade que, a toda parte, se instala na técnica, esgota a terra até a exaustão, o abuso e a mutação do artificial. A técnica obriga a terra a romper o círculo maduro de sua possibilidade para chegar ao que já não é nem possível e, portanto, nem mesmo impossível. As pretensões e os dispositivos técnicos possibilitaram o êxito de muitas descobertas e inovações. Mas isso não prova, de modo algum, que as conquistas da técnica tenham tornado possível até mesmo o impossível (HEIDEGGER, 2012b, p. 85).

A vida que se limita ao cálculo quer escapar da aventura, da disposição ao mistério, do assentimento ao não saber, ao não querer saber. “Em verdade, não amais a terra como quem cria, gera, tem prazer no devir!” (NIETZSCHE, 2011, p. 117). Terra entendida aí como acontecimento gratuito, limite, finito, sem nenhum sentido. A técnica é a vontade crescente de

dominação da terra por uma vontade insurgente. O homem da técnica não é, portanto, “o senhor da terra”, sobre o qual fala Zarathustra (NIETZSCHE, 2011). Para Nietzsche (2011, p. 14), “ofender a terra é agora o que há de mais terrível”.

Na vida, enquanto vontade de vontade, impera a necessidade de autoasseguramento e de reivindicar o impossível, ou no ápice da técnica, de substituição do possível, da existência enquanto limite. O homem movido pela vontade de cálculo seria marcado pela presunção, pelo querer o impossível. E sempre que estiver movido por sanha, por *hybris*, pela insaciedade estará expatriado da terra natal, do finito, do seu próprio. O homem da técnica é o homem da vontade escrava.

Neste sentido, Fogel aproxima a técnica, de Heidegger, ao espírito de vingança, de Nietzsche (2011). Incapaz de suportar a própria vida, que é limite, dor, sofrimento, imperfeição, o homem tenta ultrapassar o mundo como é – *poder ser* – em busca de um *dever ser*. Diante disto, segundo Nietzsche, o homem criaria a metafísica, a transcendência, os deuses e a verdade. Os valores superiores à vida teriam como efeito a depreciação da vida, a negação deste mundo. Para o metafísico, vida é erro, não é eterna. “O asceta trata a vida como um caminho errado, que se deve enfim desandar até o ponto onde começa” (NIETZSCHE, 2009, p. 98). Para o ético-religioso, é culpa, é desvio. “Isso, isso é o eterno do castigo ‘existência’, que a existência mesma deve eternamente ser ato e culpa de novo!” (NIETZSCHE, 2011, p. 134). Busca, assim, *corrigir e reformar* a vida. A técnica moderna inclui ainda a vontade de *substituir*. Vingança da vida. Substituição do real pelo virtual.

“Existir, viver, é o vir-a-ser do poder-ser que é” (FOGEL, 1996, p. 61). O homem, em sendo o “precisar vir a ser do poder-ser”, é, “constitutivamente, imperfeição, carência”. A experiência de incompletude é a “*experiência da dor*. Ser assim, é ser na dor e como dor” (FOGEL, 1996, p. 61). Enquanto possibilidade de possibilidade e para possibilidade, o homem coloca para si o imperativo de fazer o seu ser. Existência é essencialmente dor, esforço, ação, trabalho, porvir. Neste contexto do homem rebelado, tem procedência a definição de Ortega y Gasset da técnica como “esforço para economizar esforço”.

Na vigência do programa de “esforço para economizar esforço” está operando, como insurreição e revolta (o amargo e o amargor da ‘maldição’), a vontade de eliminação de dor, isto é, o empenho por superação da ‘culpa’ através de sua eliminação, quer dizer, da eliminação da própria Vida, da própria existência e constituição radicais (FOGEL, 1996, p. 63).

A técnica moderna “*quer* a racionalização sistemática da vida” (FOGEL, 1996, p. 65), rebelião contra o limite da dor, contra a imperfeição da vida. Quer controle, planificação, asseguração.

Com isso, quer apagar o limite e o risco, constitutivos da vida, pois vida, enquanto vir-a-ser e estar lançado, é “coisa nenhuma, por antecipação assegurado”, é certeza do incerto (FOGEL, 1996, p. 65). A técnica moderna, esta vontade de eliminar o risco e a dor da vida, seria a grande compaixão pelo homem? – indaga Fogel. O homem mais feio, recolhido ao limite, ao finito, diz a Zaratustra que o seu pudor (contrário a compaixão) o honrou. Quando Zaratustra encontra mendigos e aleijados, o corcunda diz que para que o povo creia nele, ele precisaria convencer os aleijados. Ali, teria ele uma grande oportunidade, pois poderia fazer o paralítico andar, os cegos verem e tirar a corcunda dos que a possuíam. Afastando-se da compaixão de Cristo, Zaratustra responde “Quando se tira ao corcunda sua corcova, tira-lhe também seu espírito” (NIETZSCHE, 2011, p. 131). Tirar o sofrimento é tirar-lhe a vida.

2 MEDO, MORTE E PODER

2.1 PODER, SABER, VERDADE E SUBJETIVIDADE

Cada sociedade tem seu próprio regime de verdade, os discursos que acolhe e faz funcionar como verdadeiros, os mecanismos e as instâncias que distinguem os enunciados verdadeiros dos falsos, as técnicas e os procedimentos valorizados para a obtenção da verdade, e o estatuto dos encarregados de conferir o valor de verdadeiro. Em nossas sociedades, expõe Foucault (1979, p. 13), a verdade é “centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem”, é produzida e transmitida sob o controle dominante – mas não exclusivo – de grandes aparelhos políticos ou econômicos, e tem uma imensa circulação e consumo por distintos aparelhos.

Não se trata de separar em um discurso o que é cientificidade do que é verdade e/ou do que seria outra coisa, mas de analisar historicamente como são produzidos efeitos de verdade no interior de discursos, que não são em si nem verdadeiros nem falsos. É neste sentido que Foucault se distancia da ideologia, por esta noção conduzir a uma crença na noção de verdade livre das relações de poder, enquanto o filósofo constata a fabricação social e institucional das verdades recebidas. A verdade, para ele, só pode ser pensada no interior do poder, é produzida e apoiada por sistemas de poder, ao mesmo tempo em que induz efeitos de poder (FOUCAULT, 1979).

Foucault distingue-se, assim, da perspectiva marxista, pois não tenta estudar os efeitos de poder no nível da ideologia, com a suposição de um sujeito dotado de consciência da qual a ideologia se apoderaria; ao invés disso, estuda os efeitos de poder sobre o corpo. O controle da sociedade, acredita, começa no corpo e foi, antes de tudo, no biológico, no somático, no corporal que investiu a sociedade capitalista. Além disso, o poder age sobre o corpo dos indivíduos, em caráter relacional, está sempre em luta. Não tem apenas a função de reprimir, mas, ao invés disso, tem caráter produtivo e produz efeitos positivos no nível do desejo e do saber. Enquanto a questão do poder é subordinada à questão econômica e ao sistema de interesse, confere-se pouca importância à forma concreta de exercício do poder, às suas táticas, às suas técnicas e às suas especificidades.

Vaz (2002) observa que as relações entre verdade e poder formalizadas por Foucault seguem intuições de Nietzsche. A primeira intuição é extraída do conceito de ressentimento, apresentado pelo diálogo clássico entre uma ave de rapina e o cordeiro².

² Em Nietzsche (2009), Paulo César de Souza traduziu como ovelha.

Que as ovelhas tenham rancor às grandes aves de rapina não surpreende: mas não é motivo para censurar às aves de rapina o fato de pegarem as ovelhinhas. E se as ovelhas dizem entre si: ‘essas aves de rapina são más; e quem for o menos possível ave de rapina, e sim o seu oposto, ovelha – este não deveria ser bom?’ (NIETZSCHE, 2009, p. 32).

Na premissa “as aves de rapina são más”, as aves são tomadas pelo que são: uma força que não se separa de seus efeitos. Mas quando o cordeiro completa “eu sou o contrário da ave de rapina, logo eu sou bom”, sugere que a ave poderia não manifestar sua força, poderia contê-la. A constituição do ressentimento implica um paralogismo da força separada do que ela pode. Nos termos de Deleuze (2018), as forças reativas predominam sobre as forças ativas, limitando a ação.

O homem do ressentimento não *re-age* – a reação é sentida e não agida. Na incapacidade de uma verdadeira reação, obtém reparação por uma vingança imaginária (“ele vai pagar por seus atos!”). Acusa e culpa, procurando causas para seu sofrimento. Nisto, não reside apenas um desejo de vingança, mas um estado de forças real – as forças reativas são limitadas do seu agir, reverterem a relação normal das forças e se colocam como superiores às forças ativas. A força separada de seus efeitos será culpada por agir; se não age, será meritória. Cria-se a ficção de um sujeito, tido como causa, que é livre para expressar ou conter sua força. Para Nietzsche, entretanto, a ação já é tudo, não há um eu por trás do fazer; são várias forças atravessadas por várias potências. O efeito é nosso eu.

Nosso mau costume de tomar como essência um símbolo da memória, uma fórmula abreviada, e, finalmente, tomá-lo como *causa*, por exemplo, dizer do relâmpago: ‘ele brilha’. Ou a palavrinha ‘eu’. Estabelecer uma espécie de perspectiva no ver, por sua vez, como *causa do próprio ver*: esse foi o passe de mágica na invenção do ‘sujeito’, do ‘eu!’ (NIETZSCHE, 2008, p. 284).

Para Nietzsche, a ação já é tudo, não há um Eu por trás do fazer; são várias forças atravessadas por várias potências. O efeito é nosso Eu.

Ao conferir sentido ao seu sofrimento, o cordeiro não se contenta em inventar sujeito, verdade, dever e livre-arbítrio, compara-se ainda à ave de rapina transformando a sua fraqueza em mérito. O cordeiro aparece como virtuoso e mais forte que a ave de rapina, pois consegue conter o seu desejo. Estipula-se que é necessária mais força para se conter que para agir. Na acepção de Nietzsche (2009), tem-se o uso da força para estancar a fonte de força.

Valoroso é quem luta contra seus desejos para agir segundo a verdade, o que se torna, ao fim, agir consoante os valores de uma dada cultura. A adesão à verdade pode funcionar, assim, como mecanismo de padronização de comportamentos. Se o mecanismo de poder

consiste na adesão ao que uma cultura propõe como verdade, o lugar da verdade pode ser ocupado por um padre ou por um cientista (VAZ, 2002). O sacerdote ascético, de Nietzsche, pode ser então compreendido como uma estrutura. A contenção de forças pode ser proposta pela verdade da religião e/ou científica. Consideremos “com que regularidade, com que universalidade, como em quase todos os tempos aparece o sacerdote ascético; ele não pertence a nenhuma raça determinada; floresce em toda parte; brota de todas as classes” (NIETZSCHE, 2009, p. 99).

A segunda intuição extraída do conceito de ressentimento é a formalização de Foucault de que o poder moderno produz no real a negatividade ética. O poder divide os homens em bons e maus, conduz à divisão de cada indivíduo em seu interior e produz no real aquilo que ninguém deve ser.

Em função dos discursos verdadeiros e dos efeitos específicos de poder, “somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer” (FOUCAULT, 1979, p.180). Não era natural e nem evidente que os loucos fossem percebidos como doentes mentais, mas é a partir do momento que emerge o discurso da loucura como anormalidade e que o louco se torna objeto de saber da psiquiatria que se legitima a adoção de práticas em instituições de cuidado da loucura e se estipulam os modos de lidar com o louco na sociedade.

A terceira intuição é sobre o modo de legitimação do poder, que é formalizada a partir das abordagens de Nietzsche sobre o sacerdote ascético. O exercício do poder é legitimado na medida em que se apresenta como cuidado. O sacerdote cuida da negatividade (inventada pelo próprio poder) que nos habita e está disposto a se sacrificar por nosso bem. O objetivo deste cuidado, ressalta Vaz (2002), é orientar os homens ao comportamento desejável pela cultura.

A última intuição é a constituição de uma dívida infinita no interior dos indivíduos, que continuamente pensam seu ser e propõem a transformá-lo. Nietzsche analisa os efeitos de poder na crença no Deus, um Deus onisciente que tem acesso a atos e pensamentos. O indivíduo é assim instigado a olhar para si com os olhos Dele, a reforçar sua autoconsciência, a escavar seus pensamentos e seus desejos. Os instintos pecaminosos são interpretados como culpa em relação a Deus. Por toda a vida, o indivíduo se inquietará com seus atos, sentimentos e desejos, cuidando de si na distância entre o bem e o mal, pensando no que deve ser e fazer, mas não nas possibilidades de ser. Esta intuição conduz Foucault a afirmar que o poder moderno produz o sujeito, “o desdobramento de si, a autoconsciência, a interpretação de suas crenças e comportamentos segundo a verdade” (VAZ, 2002, p. 129).

As relações de poder podem, assim, ser entendidas como interferência contínua no processo de constituição dos indivíduos como sujeitos. Podem ser também caracterizadas como produção de uma economia cognitiva, no duplo sentido do termo economia, vez que propicia a ordenação de si e simplifica o questionamento. “Trata-se de uma estratégia onde o indivíduo pensa a sua singularização a partir das crenças e valores gerados pela sua sociedade” (VAZ, 2002, p. 131). Para tanto, naturaliza-se as crenças e valores, reduzindo possíveis inquietações sobre as diferenças históricas nos modos de pensar e agir, e propõe-se um sentido para a vida, afastando possíveis questionamentos sobre as possibilidades de ser.

O poder, para Foucault, é onipresente, está em toda parte, provém de todos os lugares, se exerce a partir de diferentes pontos, em meio a relações desiguais e móveis. Não diz respeito a uma instituição, estrutura ou potência da qual alguns seriam dotados em detrimento de outros, “é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1988, p. 103).

Onde há poder, há resistência; a resistência nunca está em posição de exterioridade em relação ao poder. O domínio e a consciência dos indivíduos sobre o próprio corpo só puderam ser adquiridos a partir do efeito do exercício do poder sobre o corpo, no tocante à prática de exercícios físicos, ao desenvolvimento muscular, à exaltação do corpo belo..., práticas que conduzem ao desejo do próprio corpo, a partir da atuação do poder sobre o corpo sadio, o corpo das crianças, o corpo dos soldados. Tais efeitos produzidos pelo poder provocaram também a emergência da reivindicação do próprio corpo contra o poder: o prazer contra as normas morais da sexualidade, do pudor, por exemplo (FOUCAULT, 1979).

A relação poder-resistência pode ser também exemplificada a partir do aparecimento, no século XIX, na psiquiatria, na literatura e na jurisprudência, de discursos sobre as espécies e subespécies de homossexualidade, inversão, pederastia e hermafroditismo psíquico que possibilitou um avanço dos controles sociais sobre a perversidade, mas, por outro lado, também permitiu a constituição de um discurso de resistência, de a homossexualidade falar por si mesma, reivindicar sua legitimidade e sua naturalidade, comumente a partir do uso das mesmas categorias médicas usadas para desqualificá-la (FOUCAULT, 1988).

Não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, quer dizer, o ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, lugar de formação de saber. Todo saber, por sua vez, acarreta novos efeitos de poder. O poder que se instituiu no século XVIII com técnicas disciplinares e de normalização só pôde funcionar pela formação de um saber, que é tanto efeito quanto condição de exercício (FOUCAULT, 2010b). De modo semelhante, se “a sexualidade se constituiu como domínio a conhecer, foi a partir de relações de poder que a instituíram como

objeto possível; e em troca se o poder pôde tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e procedimentos discursivos” (FOUCAULT, 1988, p. 109).

Poder e saber se articulam no discurso. Não se deve pensar um mundo do discurso dividido entre discursos admitidos e excluídos ou dominantes e dominados, mas ter em mente que se trata de

uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes. É essa distribuição que é preciso recompor, com o que admite em coisas ditas e ocultas, em enunciações exigidas e interditas; com o que supõe de variantes e de efeitos diferentes segundo quem fala, sua posição de poder, o contexto institucional em que se encontra; com o que comporta de deslocamentos e de reutilizações de fórmulas idênticas para objetivos opostos (FOUCAULT, 1988, p. 111).

Há um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser instrumento e efeito de poder e, ao mesmo tempo, obstáculo, ponto de resistência de uma estratégia oposta. O discurso produz poder, mas também o debilita; assim como os silêncios, que reforçam o poder ao fixar suas interdições, mas também há tolerância.

Foucault ajuda a refletir acerca da singularidade de nossas crenças, da constituição social dos objetos de conhecimento e dos efeitos de verdade dos enunciados científicos sobre os comportamentos. Parece útil problematizar os enunciados científicos do cuidado de si no limite que os separa do não dito, “na instância que os faz surgirem à exclusão de todos os outros”, definindo um sistema limitado de presenças e reconhecendo a posição singular que o enunciado ocupa, consoante o princípio da raridade discursiva (FOUCAULT, 2010a, p. 135). Para marcar diferenças entre crenças culturais, cabe ainda considerar a restrição do pensável: não se pode pensar qualquer coisa em qualquer tempo e lugar. Questão fundamental a ser colocada diante de um enunciado: “por que surgem hoje precisamente esses enunciados, quando tantos outros seriam, e foram, possíveis?” (VAZ, 2002, p. 128).

2.2. O NASCIMENTO DO HOSPITAL

2.2.1. O hospital como lugar da morte, da assistência e da exclusão

Nem sempre o hospital foi um instrumento de intervenção sobre a doença e sobre o corpo do doente visando a cura. Desde a Idade Média, o hospital não era lugar privilegiado de cura, concebido para este fim, e a medicina não era uma prática hospitalar. Seu surgimento

como instrumento terapêutico ocorre apenas no final do século XVIII. Antes disso, tinha cunho assistencialista aos mais pobres, funcionando também como instituição de exclusão de classes perigosas e de transformação espiritual (FOUCAULT, 1979).

O principal personagem do hospital não era o doente que buscava a cura, mas o pobre que se aproximava da morte. Ao invés de instrumento terapêutico, era lugar privilegiado da morte, com a função central de oferecer assistência material e espiritual ao pobre moribundo. Atuando como morredouro e lugar de salvação da alma do pobre, servia também para salvação daqueles que lá atuavam cuidando dos pobres como obra de caridade. Na medida em que também era instituição de segregação das classes perigosas em prol da saúde geral da população da cidade, aos doentes, eram misturados prostitutas, loucos e devassos (FOUCAULT, 1979).

A formação dos médicos nos séculos XVII e XVIII era desprovida da experiência prática dos hospitais, sendo marcada apenas pelo aprendizado teórico e pela transmissão de receitas. A intervenção médica sobre a doença do indivíduo se dava apenas nos momentos de crise. Primeiro, cabia ao médico observar o paciente e sua doença, desde o aparecimento dos primeiros sinais, para poder identificar o momento da crise. Neste momento em que a natureza sadia do indivíduo e a doença se afrontavam, o médico observava os sinais, prognosticava a evolução e, dentre o possível, favorecia a natureza sobre a doença. Havia uma relação individual entre médico e doente, sem qualquer saber hospitalar ou organização hospitalar para intervenção da medicina. Hospital e medicina permaneciam independentes (FOUCAULT, 1979).

2.2.2. O hospital como operador terapêutico

Apenas no século XVIII, são constituídos uma medicina hospitalar e um hospital de cunho terapêutico. O processo de medicalização do hospital e de transformação da medicina em hospitalar inicia com a anulação dos efeitos negativos do hospital, quais sejam: a capacidade de transmitir doenças, de contágio do restante da população da cidade e de desordem econômica-social. Um exemplo de desordem é o hospital da marinha que servia até meados do século XVII, quando inicia a reforma hospitalar, para tráfico de mercadorias das colônias – o traficante encenava suposta enfermidade para traficar objetos sem controle alfandegário. Aqui, o movimento de hospitalização ainda não visava transformar o hospital em local de cura, mas apenas solucionar a desordem econômica e médica a ele associadas (FOUCAULT, 1979).

Os hospitais militares e marítimos tornam-se modelos de reorganização hospitalar num momento em que aumenta o rigor sobre as regulamentações econômicas no mercantilismo e

que o indivíduo (sua formação e suas aptidões) passa a ter maior valor para a sociedade. Até a segunda metade do século XVII, o exército era composto por desempregados, vagabundos, miseráveis que circulavam pela Europa. No final do século, com o surgimento do fuzil, torna-se necessária a capacitação, a formação e o adestramento. Dado esse investimento na mão-de-obra, o soldado passa a valer mais do que os antigos trabalhadores; assim sendo, é preciso deles cuidar, evitar que morram de doenças e que, após curados, finjam enfermidade para permanecer no hospital. A morte aceita era a morte nas batalhas, em pleno exercício da função. A mesma lógica se aplica ao hospital da marinha, quando também se torna necessária uma formação de alto custo da mão-de-obra (FOUCAULT, 1979).

No final do século XVIII, emerge uma nova prática: a visita acompanhada pela observação sistemática e comparada dos hospitais. As viagens-inquérito visavam estabelecer um programa de reforma e de reconstrução dos hospitais. Visitar hospitais, analisá-los, entender sua complexidade, identificar a atuação sobre a doença (agravamento, multiplicação ou atenuação delas), descrever seu funcionamento (número de doentes, relação entre pacientes, leitos e área útil, arquitetura das salas, taxas de mortalidade e cura), pesquisar relações entre fenômenos patológicos e espaciais (organização dos enfermos e contágios), para, a partir daí, definir os rumos do novo hospital. O hospital não é mais uma simples figura arquitetônica, é objeto interrogado e analisado. Isto porque emerge um novo olhar sobre o hospital como máquina concebida para curar, como meio de cura. Se produz efeitos patológicos, é preciso corrigir – organizar espaços, evitar contágios e reduzir mortalidade (FOUCAULT, 1979).

Até século XVIII, o poder no interior do hospital era dos religiosos – raramente leigos. O médico estava submetido ao poder administrativo deles, sendo solicitado apenas nos casos mais graves e cabendo a ele mais uma função de justificação do que de intervenção real. Mas, quando o hospital se torna um operador terapêutico, o médico tornar-se figura central nas decisões sobre a organização hospitalar e, até certo ponto, econômico – na medida em que cabe ao médico controlar o regime dos doentes: a ventilação, a alimentação, as bebidas, entre outros. O religioso dá lugar ao médico, pois o local precisa agora ser organizado medicamente.

Até então, o grande médico não era figura do hospital, mas de consulta privada. Só no final do século XVIII, surge a figura regular do médico que trabalha no hospital, pode ser solicitado a qualquer hora do dia e da noite, e que é mais sábio quanto maior sua experiência prática. O poder e hierarquia médica se revelam nos rituais de visita, na medida em que o médico assume a dianteira, seguido de enfermeiros, assistentes e alunos...

Nesta época também se organiza um sistema de registro permanente do doente, com técnicas de identificação (etiquetas nos pulsos), fichas com registros em cada leito, registros do

diagnóstico, dos procedimentos médicos, do tratamento prescrito, registro dos enfermeiros e dos farmacêuticos (receita e despacho de medicamentos). Processo de constituição do hospital não apenas como local de cura, mas de acúmulo e formação de saber, de cuidado dos doentes e também de formação médica. O saber é, assim, deslocado dos livros para o hospital, instituindo-se que a formação médica deve passar pela prática hospitalar e não mais se resumir aos livros (FOUCAULT, 1979).

A reorganização dos hospitais é orientada por uma tecnologia de poder: a disciplina. Até os séculos XVII e XVIII, os mecanismos disciplinares existiam de modo fragmentado, isolado, a exemplo dos mosteiros e das empresas escravistas. No século XVIII, todavia, são investidos de uma nova técnica de gestão dos homens, que busca controlar suas multiplicidades e utilizá-las.

*

O poder disciplinar

O poder disciplinar não tem sua origem atribuída a uma pessoa ou a um grupo específico para servir seus interesses e submeter totalmente o corpo social aos mesmos. O poder circunscreve todo mundo, tanto os que exercem o poder quanto aqueles sobre os quais o poder se exerce. O poder “torna-se uma maquinaria de quem ninguém é titular” (FOUCAULT, 1979, p. 219). Claramente, nessa máquina, há diferentes lugares a serem ocupados; alguns são preponderantes e permitem a produção de efeitos de supremacia.

A disciplina é de longa duração, descontínua e infinita – fim *mais* além. Produzia uma dívida infinita no interior dos indivíduos, que interiorizavam a vigilância e continuamente pensavam o que deviam ser e fazer. Dívida infinita, porque cada instituição propõe um trajeto para o indivíduo, segundo os princípios de correção e de constituição da normalidade. As diferentes instituições disciplinares não consistem em um conjunto homogêneo. São variáveis independentes, mas estabelecem uma articulação complexa entre si; todas funcionando para a correção e integração, com a manutenção da especificidade e de suas modalidades próprias. O indivíduo consegue visualizar o fim de alguns meios de confinamento, mas está sempre passando de uma instituição para outra e, a cada passagem, recomeça do zero. No período de formação, o indivíduo não pode *ainda*; adia e se sacrifica para *um dia*, finalmente, poder; mas o término da formação em uma instituição coincide com a entrada em outra. Tem-se, assim, a *quitação aparente das dívidas* – tempo de adiamento e recomeço. A mudança de instituição

não representa o pagamento da dívida, mas apenas a mudança de credor (DELEUZE, 1992; VAZ, 2002). “O sonho de uma sociedade disciplinar é não permitir vácuos entre as instituições, é fazer com que a vida, ao longo dos dias e dos anos, se esgote nos espaços fechados pedagógicos” (VAZ, 2002, p. 132).

A hipótese de Foucault (1979) é de um duplo nascimento do hospital, pelo poder disciplinar e pelas técnicas médicas de intervenção sobre o meio. Na medicina do século XVIII, o grande modelo predominante para o entendimento das doenças era o da botânica, a classificação de Lineu. A doença era compreendida como um fenômeno natural que obedece a leis naturais, com espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento, à semelhança das plantas. “A doença é a natureza, mas uma natureza devido a uma ação particular do meio sobre o indivíduo” (FOUCAULT, 1979, p. 107). Quando submetido a ações do meio, o indivíduo sadio torna-se suporte da doença, cujas diferentes espécies se desenvolvem através da água, do ar, da alimentação e do regime geral. A intervenção médica visando a cura dirige-se, assim, não à doença em si – como na medicina da crise – mas ao que circunda o indivíduo, quer dizer, ao solo sobre o qual se desenvolve a doença (o ar, a água, a alimentação...). É uma medicina do meio.

Neste sentido, o hospital disciplinar que se constitui terá como funções a individualização e distribuição dos corpos para reta vigilância, exame e registro contínuo dos acontecimentos, bem como a transformação das condições do meio do doente. O regime hospitalar que disciplina deve ser também um instrumento de modificação com fins terapêuticos.

O nascimento do hospital é, assim, fundamentalmente ligado ao espaço, que abarcava tanto a reorganização e distribuição dos corpos, quanto a localização em si do hospital. No processo de ressignificação do hospital como espaço sombrio da morte próxima, de difusão de miasmas e de condições negativas do meio (água suja, ar poluído...) localizado no meio da cidade, era preciso primeiramente ajustá-lo ao projeto sanitário urbano. A seguir, era preciso ajustar a distribuição interna dos corpos.

1º Distribuição espacial dos indivíduos

Diante do entendimento da época de que a cura das doenças se dava através de ações sobre o meio, passou-se a construir em torno de cada doente um meio espacial individualizado e modificável, conforme a evolução individual da doença. Estabelece-se, assim, o princípio de apenas um doente por leito, eliminando o antigo leito dormitório com até seis doentes. Tornava-

se cada vez mais evidente a constituição espacial do hospital como meio de intervenção sobre o doente. “O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e seus efeitos” (FOUCAULT, 1979, p. 109). A arquitetura era fator e instrumento de cura.

Era preciso analisar o espaço, individualizar os corpos pelo espaço e inseri-los num espaço classificatório e combinatório, visando extrair dos corpos o máximo de eficácia de sua atividade. Buscava-se assegurar a distribuição espacial dos corpos, o alinhamento, a hierarquização, a separação, a colocação em série e em vigilância e a organização de um campo de visibilidade global e individualizante.

A arquitetura das instituições disciplinares está intimamente vinculada às técnicas de vigilância. A história dos espaços – fechados, quadriculados e hierarquizados – é ao mesmo tempo a história dos poderes. Busca-se evitar o nomadismo e os contatos incertos entre os corpos. A eliminação dos doentes, o controle dos contagiosos e a exclusão dos delinquentes, por exemplo, são métodos de assepsia criados para a proteção do corpo da sociedade. Desenvolve-se espaços que tornem claramente visíveis aqueles sobre os quais o poder se exerce e que sejam um operador para a transformação de indivíduos (FOUCAULT, 1979; 2013).

2º Controle sobre o desenvolvimento de uma ação

As instituições disciplinares agem sobre os corpos, com vigilância e treinamento, extraíndo tempo e trabalho, e direcionando a produção de subjetividades, produzindo corpos dóceis – corpos que só agem quando solicitados –, economicamente úteis – majora-se o efeito útil das atividades desempenhadas – e submissos politicamente. O poder disciplinar se ocupa dos indivíduos como objetos e como instrumentos de seu exercício visando deles extrair máxima eficácia. O controle da disciplina não é exercido apenas sobre o resultado de uma ação, mas sobre o desenvolvimento em si, analisando como a atividade é realizada e como pode ser modificada com vistas a maior eficácia (FOUCAULT, 1979; 2013).

A ambição pedagógica – corrigir para formar – é característica das instituições disciplinares, que ordenam a passagem do tempo em séries e atribuem provas ao final de cada uma, marcando um aperfeiçoamento na transição de uma série para outra. Geram uma cisão entre tempo de formação e tempo adulto, isto é, “entre o momento de aquisição de uma competência e aquele de seu exercício” (VAZ, 2002, p. 131). O tempo da disciplina é durável e descontínuo: “é preciso tempo para se tornar um bom cidadão saudável e trabalhador” (VAZ, 2002, p. 131). Para haver formação, é preciso haver cuidado. Nas instituições disciplinares,

existem as figuras do poder pastoral encarregadas da formação dos indivíduos, que mesclam autoridade, saber e zelo.

Refletindo sobre a religião cristã, Foucault (1995; 2008) observa um poder que se define inteiramente pelo bem-fazer – está é sua razão de ser. “O poder pastoral é um poder de cuidado. Ele cuida do rebanho, cuida dos indivíduos do rebanho, zela para que as ovelhas não sofram, vai buscar as que se desgarram, cuida das que estão feridas” (FOUCAULT, 2008, p. 170). Seu objetivo final é a salvação do rebanho, não em sua multiplicidade, mas de cada indivíduo em sua singularidade e durante toda a vida. Para tanto, precisa conhecer os indivíduos em seu íntimo, é um poder que “implica um saber da consciência e a capacidade de dirigi-la” (FOUCAULT, 1995, p. 237). O pastor é também aquele que zela pelo seu rebanho. O zelo tem sentido de vigilância, de vigiar atos errados, possibilidades nefastas e afastar o que pode ameaçar o reto caminho (FOUCAULT, 2008). O pastor não é apenas aquele que comanda, mas deve também estar disposto a se sacrificar em nome da vida e da salvação de seu rebanho. É uma forma de poder oblativa, individualizante, coextensiva à vida e ligada à produção de verdade do indivíduo (FOUCAULT, 1995).

O poder pastoral se transforma e, além da igreja, passa a contemplar outras instituições e a ampliar-se por todo o corpo social. Não se trataria mais de garantia a salvação do outro mundo, mas de assegurá-la neste mundo terreno. Salvação aqui pode ser entendida como bem-estar, saúde, segurança... O poder passa a ser exercido pelo Estado, por instituições públicas, pela família, pela medicina – tanto através de iniciativas privadas, quanto dos hospitais públicos –, pela escola. Sua legitimação novamente se dá à medida que se apresenta como cuidado, dedicação e zelo (FOUCAULT, 1995).

3º Vigilância perpétua e constante

O exercício da disciplina supõe um dispositivo que induza a efeitos de poder pelo jogo do *olhar*. A arquitetura hospitalar, que se implementava na segunda metade do século XVIII, era efeito e suporte de um novo tipo de olhar. A arquitetura devia permitir boa observação dos doentes, oferecê-los a um conhecimento, separá-los para evitar contágios e prover ventilação em torno de cada leito (FOUCAULT, 1979).

As instituições disciplinares “produziram uma maquinaria de controle que funcionou como um microscópico do comportamento” (FOUCAULT, 2013, p. 167). Estudando os projetos das prisões, Foucault depara-se com o dispositivo arquitetônico pensado por Bentham: o panóptico, o olho que tudo vê.

O princípio é: na periferia, uma construção em anel; no centro, uma torre; esta possui grandes janelas que se abrem para a parte interior do anel. A construção periférica é dividida em celas, cada uma ocupando toda a largura da construção. Estas celas têm duas janelas: uma abrindo-se para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, dando para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de um lado a outro. Basta então colocar um vigia na torre central e em cada cela trancafiar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um estudante. Devido ao efeito de contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se na luminosidade, as pequenas silhuetas prisioneiras nas celas da periferia. Em suma, inverte-se o princípio da masmorra; a luz e olhar de um vigia captam melhor que o escuro que, no fundo, protegia (FOUCAULT, 1979, p. 210).

O olho do poder produz visibilidade total dos corpos, assegurando uma vigilância constante, global e individualizante. O panóptico aparecia como uma tecnologia de poder própria que resolveria o problema da vigilância nas instituições, pois assegura a ação dos efeitos do poder sobre todo o corpo social. Atua organizando o espaço, ordenando o tempo, atinge os indivíduos, seus corpos, seus gestos, seus comportamentos, seus desempenhos cotidianos. Garantia a eficácia na atuação do poder na gestão de uma multiplicidade de homens – tão eficaz quanto se gerisse apenas um só homem. Trata-se de uma visibilidade universal, um poder rigoroso e meticuloso, invisível e inverificável, um aparelho de desconfiança total e circulante (FOUCAULT, 1979; 2013).

As técnicas do poder no interior do panóptico tratam especialmente do olhar. Um olhar que vigia todos e que cada indivíduo acabará por interiorizá-lo, olhando para e contra si mesmo. A vigilância é interiorizada e passa a ser realizada pelo próprio indivíduo em virtude do peso do olhar sobre si. A imersão em um campo de visibilidade total sob a vigilância constante do olhar do vigia da torre, do outro e do seu próprio olhar impediria o indivíduo de agir fora da norma.

A observação contínua e microscópica funcionava, assim, como um “mecanismo de produção da consciência de si” (VAZ, 2002, p. 141). Isto porque a “visibilidade virtual dos atos é modo de agir sobre o invisível, pois cada indivíduo se inquietará com o que acontece no seu íntimo e que os outros não têm acesso” (VAZ, 2002, p. 141). Neste sentido, as técnicas de poder disciplinar são também modos de produzir a culpa. Cada indivíduo olhará para si, seus atos, desejos e pensamentos com os olhos dos Outros produzindo uma cisão entre o que deseja e o que deve ser. “São técnicas, portanto, de interiorização do olhar e do juízo” (VAZ, 2002, p. 131). A condição de exercício do zelo das figuras do poder pastoral, como dito, é a vigilância.

Diversos estudos sobre tecnologias de vigilância contemporânea partem das reflexões de Foucault sobre o panóptico. Observando tais materiais, Vaz e Bruno (2003) questionam a

compreensão corrente de uma vigilância de *nós* por *elas*, a aproximação com o *Big Brother* de George Orwell, a localização de uma separação entre vigilância e identidade do indivíduo, assim como entre poder e cuidado. Um aspecto decisivo é o modo de conceber autovigilância. Nas leituras distópicas sobre o panóptico de Foucault, o conceito estaria sendo compreendido como *self-monitoring* ou *habituated anticipatory conformity*, e não como *care of the self*. Segundo este entendimento, nossas condutas estariam baseadas na possibilidade de observação e posterior punição, mas não na crença de que estaríamos fazendo o que é melhor para nós. Internalização, mas sem identificação (VAZ; BRUNO, 2003).

Usualmente, compreende-se autovigilância como “a atenção que um indivíduo confere a seu comportamento quando se depara com a realidade ou virtualidade de uma imediata ou mediada observação de outros cuja opinião ele ou ela julga relevante”³ (VAZ; BRUNO, 2003, p. 273, tradução minha). O conceito ampliado de autovigilância abarca a atenção individual que conferimos às próprias ações e pensamentos ao nos constituirmos enquanto sujeitos de nossa conduta. Inclui as práticas de cuidado de si, a definição da parte dos indivíduos que deve ser cuidada, movimento que corresponde à produção de uma substância ética. Tais práticas baseiam-se na postulação cultural de que certos pensamentos e ações são perigosos ou doentios para a constituição do indivíduo como sujeito (VAZ; BRUNO, 2003; FOUCAULT, 1979).

O alargamento do conceito de autovigilância implica também um modo indistinto de conceber poder e cuidado. Como apontado no tópico anterior, aqueles que exercem o poder se legitimam por se apresentarem como quem ajuda os indivíduos a cuidarem da parte de si que ameaça sua constituição enquanto sujeito (VAZ; BRUNO, 2003), como quem cuida da negatividade que os habita – aspecto que será explicado no tópico seguinte.

Técnicas de vigilância estão necessariamente relacionadas a práticas de autovigilância. A autovigilância não dependeria apenas do poder invisível e inverificável do panóptico, mas também do julgamento normalizador. Isto porque não basta interiorizar a vigilância, “é preciso ainda que cada um se julgue – pior, deseje se julgar – segundo os valores sociais vigentes” (VAZ, 2002, p. 131). É a sanção normalizadora.

4º Normalização

As disciplinas criam aparelhos de saber e domínios do conhecimento. Seu discurso afasta-se do direito, da lei e da regra como efeito da vontade soberana; aproxima-se da regra

³ Texto original: “the attention one pays to one’s behavior when facing the actuality or virtuality of an immediate or mediated observation by others whose opinion he or she deems as relevant” (VAZ; BRUNO, 2003, p. 273).

“natural”, da norma, da normalização. Seu horizonte teórico era o domínio das ciências humanas e sua jurisprudência era a de um saber clínico. Na sociedade da normalização, o saber associa-se ao poder e reprime o que está fora da norma (FOUCAULT, 1979).

Para interiorização dos valores sociais, Foucault (2013) apresenta a sanção normalizadora: regularidade observada e regulamento proposto nas instituições. A norma é “um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado” (FOUCAULT, 2010b, p. 43). A “duração de um aprendizado, o tempo de um exercício, o nível de aptidão tem por referência uma regularidade, uma regra”. Uma vez observada a regularidade, propõe-se o regulamento: aquele que não seguir a regra “deve ser colocado, bem em evidência, no banco dos ‘ignorantes’” (FOUCAULT, 2013, p. 172). Primeiro, identificam-se as diferenças; depois, surge a recusa, a percepção de algo a ser corrigido.

Com o propósito de reduzir os desvios, o castigo disciplinar propõe-se corretivo. Privilegiam-se punições da ordem do exercício: intensificação do aprendizado, multiplicação e repetição. “Castigar é exercitar” (FOUCAULT, 2013, p. 173). A punição disciplinar está ainda inserida em um sistema duplo de gratificação-sanção, de modo que aquele que não se insere na regra seja mais incitado pelo desejo de recompensa que pelo temor dos castigos. Qualificam-se os comportamentos, distribuindo-os entre polo positivo e negativo, e procede-se à hierarquização dos indivíduos em bons e maus. Opera-se

uma diferenciação que não é a dos atos, mas dos próprios indivíduos, de sua natureza, de suas virtualidades, de seu nível ou valor. A disciplina, ao sancionar os atos com exatidão, avalia os indivíduos ‘com verdade’; a penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos (FOUCAULT, 2013, p. 174).

A microeconomia da penalidade perpétua “compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza e exclui. Em uma palavra, ela *normaliza*” (FOUCAULT, 2013, p. 176). De certo modo, a regulamentação obriga à homogeneidade, mas, ao mesmo tempo, individualiza, marca as diferenças, mede os desvios e “torna úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras” (FOUCAULT, 2013, p. 177)

Eis em que consiste a mecânica do poder disciplinar normalizador: (i) identificar diferenças de comportamento; (ii) hierarquizar e classificar as diferenças entre normal e anormal - desviante; (iii) produzir a experiência da culpa pela inquietação com a normalidade dos atos e desejos do indivíduo; (iv) castigar e recompensar (FOUCAULT, 1979, 1988, 2013; VAZ, 1999; 2002). O próprio sistema de classificação atuava como recompensa ou punição (FOUCAULT, 2013).

Uma função da sanção normalizadora seria produzir positivamente no real a negatividade ética a ser evitada – este é o modo de agir sobre o desejo (VAZ, 2002). O poder produz no real aquilo que ninguém deve ser e, com isso, define a parte do indivíduo moderno que deve ser cuidada, na distância do anormal. A distribuição dos homens entre normais e anormais produzia no interior do indivíduo uma inquietude constante com a normalidade dos atos, pensamentos e desejos, seguido pelo esforço por pertencer aos normais, quer dizer, por conformar-se aos valores sociais, por adequar-se à regularidade. Verifica-se, assim, a instalação de um aparelho de vigilância e um dispositivo de seleção dos indivíduos entre normais e anormais, que culmina no exercício do poder com grande esforço de disciplinarização e de normalização.

A figura do anormal na sociedade implica a construção da crença de que cada indivíduo traz em si a potencialidade de se tornar um anormal. O temor da anormalidade se desdobra como inquietação com o próprio desejo. O sujeito moderno esforçava-se continuamente para controlar os desejos que poderiam levar à perversão sexual, como esperança de não sofrer no futuro (FOUCAULT, 1988). A culpa é a emoção experimentada na distância do anormal, porque se baseia na internalização da base moral e na consciência de si, independente do olhar externo do Outro. As técnicas disciplinares produzem nos indivíduos uma tensão culpabilizadora contínua, com vistas a conduzir a adoção dos comportamentos desejáveis pela cultura.

O sexo, “dotado de um poder causal inesgotável e polimorfo”, era o objeto da grande suspeita, causa onipresente e medo infinito (FOUCAULT, 1988, p. 75). Produzia inquietude constante no indivíduo que incessantemente lidava com seus desejos e o *dever ser* da cultura. Constituição de uma dívida infinita na luta entre *ser* e *dever ser*, entre normal e patológico.

5º Exame

A partir da combinação da hierarquia do olhar e da sanção normalizadora, emerge como terceira técnica do poder disciplinar o exame, um controle normalizante, uma vigilância permanente, que permite distribuir, qualificar, classificar, medir, localizar, punir e utilizar ao máximo os corpos (FOUCAULT, 1979; 2013). “Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder” (FOUCAULT, 1979, p. 107).

O exame foi fundamental para a liberação epistemológica da medicina no final do século XVIII, pois possibilitou a organização do hospital como aparelho de examinar. No século XVII, o médico vinha de fora e compartilhava sua inspeção com os controles religiosos e

administrativos. Aos poucos, o ritual da visita torna-se mais regular, mais rigoroso e mais extenso. No século seguinte, os regulamentos já determinavam horário, duração (mínimo de 2 horas) e periodicidade (diária, duas vezes ao dia...) de realização das visitas. Neste período, é instituída também a presença de um médico residente que deveria realizar todos os serviços de seu estado, nos intervalos das visitas do médico de fora. “A inspeção de antigamente, descontínua e rápida, se transforma em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo” (FOUCAULT, 2013, p. 178).

O médico começa, assim, a suplantiar os religiosos e a confiar-lhes um papel subordinado no exame, surge a figura do “enfermeiro” e o hospital de local de assistência passa para ambiente de formação e aperfeiçoamento científico. A partir daí, o hospital irá constituir-se como local adequado da disciplina médica, ou seja, de constituição de um saber médico não mais baseado apenas em referências textuais, mas em um campo de objetos que aparece diariamente e perpetuamente no exame (FOUCAULT, 2013).

O exame supõe, assim, um “mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício do poder” (FOUCAULT, 2013, p. 179). Algumas características do exame:

(I) Inverte a economia da visibilidade – o poder disciplinar exerce-se na invisibilidade, ao mesmo tempo em que impõe visibilidade obrigatória àqueles que são alvo de seu exercício. É a visibilidade constante e inverificável que mantém sujeito o indivíduo disciplinar. O exame capta-o num “mecanismo de objetivação”, o indivíduo é um “objeto” posto à observação (FOUCAULT, 2013, p. 179). O poder ocupa-se, assim, de corpos tornando-os legíveis e dóceis. É a era do “exame interminável e da objetivação limitadora” (FOUCAULT, 2013, p. 181);

(II) Insere a individualidade num campo documentário – Além de colocar os indivíduos num campo de vigilância, o exame os capta e os fixa em uma série de documentos. São métodos de identificação, de assimilação ou de descrição. Nos hospitais, reconhecem-se os doentes, expulsam-se os simuladores, acompanha-se a evolução das doenças, verifica-se a eficácia dos tratamentos, identificam-se casos análogos e começo de epidemias, contabilizam-se doenças, curas e falecimentos.

O exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não contudo para reduzi-lo a traços ‘específicos’, como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos; mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos

coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa ‘população’ (FOUCAULT, 2013, p. 182).

Uma boa disciplina médica integra dados individuais em sistemas cumulativos, de modo que a partir de qualquer registro geral possa-se enquadrar um indivíduo e vice-versa. Classificar, formar categorias, estabelecer médias e fixar normas – meio de controle e mecanismo de objetivação (FOUCAULT, 2013).

(III) Transforma cada indivíduo em um caso – Foucault (2013) adota o termo caso para referir-se tanto ao indivíduo como podendo ser descrito, mensurado e comparado em sua própria individualidade, quanto ao indivíduo que tem que ser treinado, classificado, normalizado, excluído. As descrições individuais funcionam como processo de objetivação e sujeição. Cada indivíduo recebe como *status* sua própria individualidade e é associado a médias, desvios, notas que o descrevem e transformam-no em um caso. O “exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber” (FOUCAULT, 2013, p. 183). O poder não deve, assim, ser descrito em termos negativos e repressivos, ele produz saber, realidade, campos de objeto e rituais de verdade.

“À medida que o poder se torna mais anônimo e mais funcional, aqueles sobre os quais se exerce tendem a ser mais fortemente individualizados” (FOUCAULT, 2013, p. 184). Os mecanismos individualizantes se dão por fiscalizações, observações, medidas comparativas e desvios e são direcionados aos primeiros. O doente é mais individualizado que o homem são, e o louco mais que o normal. Quando se quer individualizar o homem são, o normal, o não delinquente, busca-se identificar as potencialidades de anormalidade dentro deles – “o que ainda há nele de criança, que loucura secreta o habita, que crime fundamental ele quis cometer” (FOUCAULT, 2013, p. 184). Substitui-se a individualidade do homem memorável pela do *homem calculável*. Entra em funcionamento “uma nova tecnologia do poder e uma outra anatomia política do corpo” (FOUCAULT, 2013, p. 185). O indivíduo é uma realidade fabricada por essa tecnologia.

*

A introdução dos mecanismos disciplinares no hospital possibilita a sua medicalização. As razões para tanto se devem especialmente a motivações econômicas, ao preço do indivíduo e ao desejo de evitar contágios e epidemias. Além disso, esta disciplina torna-se médica e ao médico é confiado o poder disciplinar devido uma transformação no saber médico. A formação

de uma medicina hospitalar se deve, assim, a estes dois movimentos: a disciplinarização do hospital e a transformação do saber e das práticas médicas (FOUCAULT, 1979).

Neste processo de constituição de uma medicina individualizante no hospital disciplinado, ao mesmo em que o doente é objeto de observação, conhecimento, saber e intervenção médica, é possível observar também uma grande quantidade de indivíduos, confrontar os registros diários com outros hospitais e regiões e, com isso, constatar fenômenos patológicos da população. O indivíduo e a população tornam-se, assim, objetos de saber e de intervenção da medicina – formação de uma medicina do indivíduo e da população (FOUCAULT, 1979).

Foucault (1979) argumenta, assim, que a medicina moderna é uma medicina social baseada numa tecnologia do corpo social e que apenas em um de seus sentidos teria caráter individualista. Com o capitalismo, não teria ocorrido uma passagem da medicina coletiva para a medicina privada, mas um movimento contrário. Ao capitalismo, interessava o corpo como força de produção. O controle da sociedade se opera através do corpo do indivíduo. “O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 1979, p. 80). Três etapas na formação da medicina social:

D) Medicina de Estado

No final do século XVI e início do XVII, o estado de saúde da população começa a ser alvo de preocupações das nações em todo mundo, no período do mercantilismo em que se visa majorar a produção da população, a quantidade de mão-de-obra ativa e a produção individual de cada ativo. Sendo assim, França, Inglaterra e Áustria passaram a calcular a força ativa de suas populações, a estabelecer estatísticas de nascimento e mortalidade (na França) e a contabilizar a população (na Inglaterra). Nestas nações, entretanto, não havia nenhum movimento de intervir efetivamente para elevar o nível de saúde da população. Apenas a Alemanha desenvolve uma prática intervencionista para melhorar a saúde de sua população.

A polícia médica⁴ desenvolvida pela Alemanha consistia na:

(i) criação de um sistema completo de observação da morbidade, com dados dos médicos e dos hospitais e com registros em nível estatal de epidemias e endemias;

⁴ Foucault explica que polícia era o termo adotado na época para se referir ao “conjunto de mecanismos pelos quais são assegurados a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde em geral” (FOUCAULT, 1979, p 197).

(ii) normalização da profissão médica, da prática e do saber médicos, com normalização do ensino em si e controle do mesmo pelo Estado. “A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico” (FOUCAULT, 1979, p. 83).

(iii) subordinação da prática médica a um poder administrativo superior, mediante a criação de um departamento para controlar as atividades dos médicos, cabendo a ele juntar informações transmitidas pelos médicos, observar o esquadramento médico da população, os tratamentos prescritos, a conduta diante de uma doença epidêmica, dentre outras funções.

(iv) integração de vários médicos em uma organização médica estatal, a partir da criação e da nomeação pelo governo de funcionários médicos com responsabilidade por uma região. É a criação do médico como administrador de saúde.

Essa medicina estatal não tem como objeto o corpo enquanto força ativa de trabalho, são os corpos dos indivíduos que constituem o Estado e que são alvo dessa administração estatal da saúde. É a força estatal que deve ser alvo de intervenção da medicina.

II) Medicina urbana

A segunda etapa na formação da medicina social é representada pela medicina que se desenvolve na França, não mais estatizada, mas apoiada pelo fenômeno da urbanização.

No século XVIII, instala-se, nos termos de Foucault (1979), o medo e a angústia da cidade. Medo das oficinas em construção, da população numerosa, das epidemias urbanas, do aumento do número de cemitérios, medo dos esgotos e das caves, sobre as quais são construídas inúmeras casas, são alguns sentimentos sobre as grandes cidades do século. O Cemitério dos Inocentes é um exemplo emblemático, porque retrata o amontoamento tão grande de cadáveres que corpos, empilhados, chegavam a cair através do muro. Localizado no centro de Paris, próximo a várias residências, provocava pânico nos moradores. Esses pânicos urbanos se desenvolvem intimamente associados a um cuidado político-sanitário que começa a se formar.

Para dominar esses fenômenos que inquietavam a população, intervém-se com o modelo médico e político da quarentena. Desde o fim da Idade Média, aplicava-se um regulamento de urgência em todos os países da Europa diante do aparecimento da peste ou de uma doença epidêmica, que consistia na interrupção da movimentação aleatória dos corpos – todos deveriam permanecer em suas casas, de preferência em seus cômodos –, no esquadramento do espaço urbano, na vigilância generalizada, no registro permanente e na desinfecção das casas. Os

grandes modelos de organização médica – da lepra e da peste – serão abordados no tópico seguinte.

A medicina urbana com suas técnicas de vigilância, hospitalização e higienização, enfatiza Foucault (1979), é um aperfeiçoamento do modelo da quarentena do final da Idade Média. Essa medicina que se desenvolve especialmente na França na segunda metade do século XVIII consiste em:

(i) Identificar e analisar possíveis focos de doença, formação e difusão de epidemias e endemias; dito de outro modo, analisar as regiões de *perigo*. Nesta época, surgem protestos contra o amontoamento dos cemitérios, ao mesmo tempo em que se observa os primeiros movimentos de periferização destes espaços, até então localizados em regiões centrais da cidade, bem como de individualização – caixões individuais e sepulturas para famílias – por razões político-sanitárias. É “preciso esquadrinhar, analisar e reduzir esse *perigo perpétuo que os mortos constituem*” (FOUCAULT, 1979, p. 90, grifo meu).

(ii) Controlar e garantir a boa circulação do ar e da água. Com a crença de que o ar veiculava miasmas e era um dos principais fatores patógenos, era preciso manter as qualidades do ar da cidade e estabelecer sua plena circulação, o que incluía, por exemplo, a destruição de casas que impediam a circulação. De modo semelhante, era preciso organizar corredores de água, como as margens e ilhas do rio Sena para que a água lavasse a cidade dos miasmas (FOUCAULT, 1979).

(iii) Organizar distribuição e sequências. A posição recíproca de fontes, esgotos, barcos-bombeadores (que transportam água própria para o consumo da população) e barcos-lavanderia foi considerada causa das principais epidemias das cidades na época. Como evitar a aspiração do esgoto nas fontes onde se busca água para consumo? Ou como evitar que o barco-bombeador não aspire água das lavanderias? Visando resolver tais problemas é elaborado o primeiro plano hidrográfico de Paris (FOUCAULT, 1979).

A medicina urbana não compreende corpos e organismos, mas as condições de vida e meio de existência (ar, água, solo...), contribuindo para evidenciar uma relação entre organismo e meio. A medicina começa com a análise do meio, passa para o estudo dos efeitos do meio sobre o organismo para, enfim, analisar o próprio organismo. A inserção da medicina no discurso e saber científico não se dá a partir de uma medicina individualista, privada, mas através dessa medicina coletiva, social e urbana. A medicalização da cidade contribui, assim, para a constituição da medicina científica (FOUCAULT, 1979).

III) Medicina da força de trabalho

Na medicina urbana francesa do século XVIII, os pobres e trabalhadores não apareciam como objeto de medicalização por não serem identificados como perigo. Por um lado, em virtude de não haver um grande amontoamento e, por outro, porque os pobres eram condição de existência da cidade, detinham saber metucioso da vida urbana e eram parte fundamental da instrumentalização da vida urbana, na medida em que se encarregam do lixo, do descarte, da entrega das cartas, do transporte de água, da eliminação de dejetos... Quer dizer, eram úteis (FOUCAULT, 1979).

Apenas no segundo terço do século XIX, aparecem como perigo por três razões. Primeiro, por uma razão política, porque durante a Revolução Francesa e movimentos na Inglaterra no início do século XIX, os pobres alcançaram uma força política com capacidade de incitar e participar de revoltas. Segundo, em virtude de no século XIX terem sido implementados novos sistemas – postal, de carregamento e afins – que retiraram o emprego dos mais pobres, o que provocou inúmeras revoltas populares. Por último, a cólera de 1832 concentrou o medo político e sanitário em torno dos grupos proletários. Neste período, começa a divisão do espaço urbano entre pobres e ricos, já que a coabitação passa a ser considerada um perigo político e sanitário.

A Lei dos Pobres inaugura um movimento relevante na medicina da Inglaterra: um controle médico sobre os pobres. Ao mesmo tempo em que garante uma assistência a tais grupos de trabalhadores, ajudando a atender suas necessidades de saúde, funciona também como instrumento de proteção dos grupos mais ricos de fenômenos epidêmicos via o asseguramento da saúde proletária, e como proteção da mão-de-obra – controle da saúde para aumentar aptidão laboral.

A Lei dos Pobres e sua assistência-controle é adiante complementada pelos sistemas *health service* e *health officers*, que previam o controle médico de toda a população, por meio da obrigatoriedade de vacinação; do registro de epidemias e doenças com possibilidade epidêmica, obrigando as pessoas a informar suas condições de saúde com perfil perigoso; da identificação e possível destruição de locais insalubres. O *health service* não se ocupava do indivíduo e dos cuidados médicos individuais, mas de toda a população, com um perfil preventivo e de ocupação das coisas, do meio, do espaço social, à semelhança da medicina urbana francesa. A medicina social inglesa atuava assim sob três pólos: assistência médica aos pobres, controle da saúde do proletário e esquadrinamento geral da saúde da população.

Como consequência, surgiram insurreições populares antimedicina na segunda metade do século XIX. No mesmo período, em diferentes países europeus, eclodem lutas diversas contra a medicalização, organizadas por grupos de dissidência religiosa. Reivindicavam o direito individual sobre o próprio corpo, o direito de não serem submetidos à medicina oficial, o direito pela vida, pela morte, pela cura e pela doença consoante preceitos individuais. Nos países católicos, a resistência foi diferente. Foucault (1979) destaca a peregrinação de Lourdes, praticada desde o final do século XIX até os dias de hoje, como uma forma atual de luta política contra a medicalização, contra o autoritarismo da medicina sobre o corpo do pobre – e não fenômeno residual de crenças arcaicas.

Em contraponto à medicina de Estado alemã e à medicina urbana francesa, a medicina social inglesa com sua tripla fórmula de atuação, com formas de poder diferentes, foi a mais bem-sucedida. Ela “permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la” (FOUCAULT, 1979, p. 97).

2.3. DA DISCIPLINA AO BIOPODER

Durante a Idade Média, verificava-se a prática social de exclusão dos leprosos. O mecanismo de atuação do poder era (i) a divisão rigorosa de saudáveis e enfermos, (ii) o distanciamento físico dos dois grupos, a fim de evitar o contágio indevido entre os corpos, (iii) a rejeição e exclusão dos leprosos, seguida pela (iv) desqualificação jurídica e política dos mesmos. “Eles entravam na morte” (FOUCAULT, 2010b, p. 37). A exclusão do leproso, complementa Foucault (2010), era acompanhada por uma cerimônia fúnebre em que os indivíduos declarados leprosos eram também declarados mortos. O poder atuava afastando aqueles que traziam a morte, colocando-os em outra comunidade. O leproso, inserido numa prática de exílio-cerca, compunha uma massa. Neste momento, não era importante diferenciar, individualizar. A exclusão era o mecanismo de purificação do tecido urbano. “Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão” (FOUCAULT, 1979, p. 88).

O internamento dos loucos neste período obedecia ao mesmo esquema. A lepra desaparece no final da Idade Média, mas permanece o sentido de exclusão, a importância da existência de uma figura temida no grupo social. A loucura sucede a lepra nos medos seculares. Até o final do século XV, a temática da morte imperava sozinha. O que dominava a existência

humana era o fim do homem, via guerra ou pestes, do qual ninguém poderia escapar. Nos últimos anos do século, a

grande inquietude gira sobre si mesma: o desatino da loucura substitui a morte e a seriedade que a acompanha [...] O medo diante desse limite absoluto da morte interioriza-se numa ironia contínua; o medo é desarmado por antecipação, tornado irrisório ao atribuir-se-lhe uma forma cotidiana e dominada, renovado a cada momento no espetáculo da vida, disseminado nos vícios, defeitos e ridículos de cada um. [...] A cabeça que virará crânio, já está vazia. A loucura é o já-está-aí da morte (FOUCAULT, 2014a, p. 16).

A substituição da morte pela loucura caracteriza uma virada no interior da mesma inquietude. Os loucos traziam para o real a presença da morte. O crânio vazio que seremos quando morrermos é a cabeça oca do louco. O vazio da existência não é mais reconhecido como ameaça exterior e de teor conclusivo; através da loucura, passa a ser sentido do interior, como modo contínuo e constante da existência. A loucura é denunciada por toda parte e ensina-se aos homens que eles não são mais que mortos, que uma loucura secreta os habita. O medo é formulado em termos médicos, mas, destaca Foucault, é reforçado por um mito moral. Os homens temiam as casas de internamento (construídas onde anteriormente viviam os leprosários), o contágio e o diagnóstico. O *hommus medicus* é convocado ao mundo do internamento como guardião que deveria proteger o restante da cidade do perigo que ultrapassava os muros das casas de internamento (FOUCAULT, 2014a).

Enquanto no modelo da lepra e da loucura, o poder funcionava afastando a morte, no modelo da peste, não se trata mais de afastar, mas de deixar a morte se aproximar, pois esta proximidade é um modo de controlar os indivíduos e de esvaziar o lugar para o questionamento. Em contraponto às técnicas de expulsão dos leprosos, tratava-se aqui “de estabelecer, de fixar, de atribuir um lugar, de definir presenças, e presenças controladas” (FOUCAULT, 2010b, p. 39). Ao invés de rejeitar, incluir. Não se tratava da demarcação maciça de dois grupos da população: puros *versus* impuros, leprosos *versus* não leprosos. Na peste, tratava-se de uma série de diferenças sutis constantemente observadas entre doentes e os que não estavam doentes. “Individualização, por conseguinte divisão e subdivisão do poder, que chega a atingir o grão fino da individualidade” (FOUCAULT, 2010b, p. 40). Não se separa em grandes massas confusas, distribui-se a partir de individualidades diferenciais. Não se verificava também o distanciamento e a interrupção do contato, pois a peste implicava uma observação próxima, meticulosa, constante e sutil de poder aos indivíduos, que atinge o tempo, o hábitat, a localização e o corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 2010b).

Tem-se, portanto, o velho esquema médico de reação à lepra que é de exclusão, de exílio, de forma religiosa, de purificação da cidade, de bode expiatório. E o esquema suscitado pela peste; não mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas, ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso, mas militar. É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica (FOUCAULT, 1979, p. 89).

Quando a peste era declarada numa cidade, procedia-se a um policiamento espacial estrito: fechamento da cidade, proibição dela sair sob pena de morte, divisão da cidade em distritos, divisão dos distritos em quarteirões e isolamento das ruas nesses bairros. Em cada rua, havia vigias; nos quarteirões, inspetores; nos distritos, autoridades; e na cidade, um governador ou escabinos nomeados para o exercício de tal poder. Com isso, evidenciava-se a análise minuciosa de tais territórios e a organização de um poder contínuo, com exercício ininterrupto da vigilância, através da inspeção e do exame visual dos vigilantes. Todas as observações realizadas eram permanentemente registradas (FOUCAULT, 2010b).

No início da quarentena, todos os habitantes da cidade forneciam seu nome aos inspetores locais. Diariamente, os vigias faziam a inspeção das casas e a chamada pelo nome dos moradores de cada uma delas. A cada indivíduo era atribuída uma janela, onde deveria se apresentar ao ter seu nome pronunciado. Caso não se apresentasse, entendia-se que estava acamado, doente, sendo, portanto, imediatamente classificado como indivíduo perigoso. A partir daí, fazia-se a triagem dos indivíduos (FOUCAULT, 2010b; 2013). “Espaço recortado, imóvel, fixado. Cada qual se prende a seu lugar. E, caso se mexa, corre perigo de vida, por contágio ou punição” (FOUCAULT, 2013, p. 186).

O medo da peste legitima o funcionamento de uma série de técnicas e instituições que visam produzir efeitos de normalização, isto é, avaliar, controlar e corrigir os anormais. O poder faz existir o perigo e promete a proteção. Não ameaça matar, como anteriormente na lepra, mas salvar. No lugar do rito de purificação da lepra, buscava-se produzir uma população sadia, maximizar a saúde, a vida e a longevidade. De modo evidente, “não se trata de uma marcação definitiva de uma parte da população; trata-se do exame perpétuo de um campo de regularidade, no interior do qual vai se avaliar sem cessar cada indivíduo, para saber se está conforme à regra, à norma de saúde que é definida” (FOUCAULT, 2010b, p. 40). Para tanto, o registro do patológico devia ser constante e centralizado. Os indivíduos eram individualizados, localizados, avaliados, examinados e distribuídos entre vivos e mortos, doentes e enfermos. A relação de cada indivíduo com sua doença e sua morte deveria passar pelas instâncias de poder e a

sociedade deveria ser permanentemente percorrida e controlada pelo registro de, dentre o possível, todos os fenômenos (FOUCAULT, 1979; 2013).

A substituição de um modelo pelo outro corresponde a um processo histórico de invenção das tecnologias *positivas* de poder. No modelo da lepra, o poder age de modo negativo rejeitando, reprimindo, excluindo e expulsando. No modelo da peste, o poder é positivo: inclui, observa, acumula, forma saber e se multiplica a partir de seus próprios efeitos (FOUCAULT, 2010b).

O grande fechamento por um lado; o bom treinamento por outro. A lepra e sua divisão; a peste e seus recortes. Uma é marcada; a outra, analisada e repartida. O exílio do leproso e a prisão da peste não trazem consigo o mesmo sonho político. Um é o de uma comunidade pura; o outro, o de uma sociedade disciplinar. Duas maneiras de exercer poder sobre os homens, de controlar suas relações, de desmanchar suas perigosas misturas (FOUCAULT, 2013, p. 188-189).

Apesar de diferentes, os modelos não são incompatíveis. Foucault (2013) ressalta a lenta aproximação entre os dois, no século XIX, com a aplicação das técnicas disciplinares aos leprosos. Individualização e marcação dos excluídos, divisão binária (normal-anormal), e determinação coercitiva - marcação de uma identidade, do lugar devido, do modo de caracterizá-lo, do modo de exercício de um poder individualizante e de uma vigilância constante. “De um lado, ‘pestilentam-se’ os leprosos [...]; e de outro lado a universalidade dos controles disciplinares permite marcar quem é ‘leproso’ e fazer funcionar contra ele os mecanismos dualistas da exclusão” (FOUCAULT, 2013, p. 189). O poder de disciplina-normalização é produtivo; a exclusão é apenas efeito colateral e secundário do seu exercício.

Para Canguilhem (2014, p. 193), o anormal seria “existencialmente o primeiro”. É “a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo”. A norma não é uma lei natural, é elemento legitimador do exercício do poder, que tem um princípio de qualificação e correção. Não tem função de excluir nem rejeitar, mas está ligada a uma “técnica positiva de intervenção e de transformação” (FOUCAULT, 2010b, p. 43). Para Foucault (2008), o fundamental e primário na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, mas a norma. Primeiro estabelece-se um modelo e, a partir daí, busca-se adequar pessoas, gestos e atos. Aqueles capazes de se conformarem à norma são considerados normais e os incapazes são considerados anormais. A norma tem, assim, um caráter primitivamente prescritivo que torna possível a demarcação normal e anormal. Neste sentido, Foucault (2008) destaca que se trataria mais de uma norma que uma normalização.

Após analisar o modelo da peste, Foucault (2008) se detém ao estudo da varíola, doença endêmico-epidêmica de mortalidade elevada no século XVIII. Essa doença se destaca das demais por estar associada às técnicas de inoculação e vacinação, que têm como características a prevenção, o caráter de certeza e de sucesso da terapêutica, a racionalização do acaso, o cálculo das probabilidades e o fato de ser generalizável à população. Com a varíola, calculava-se as diferentes eventualidades de morte, contaminação e cura no nível do grupo e em nível individual. Calculava-se o risco para cada indivíduo, considerando sua idade e lugar de residência, para cada faixa etária, cidade e profissão. Na medida em que eram identificados riscos diferentes, conforme zona ou faixa etária analisada, tornava-se possível identificar o perigo.

Ao contrário dos modelos anteriores que visavam identificar o doente, tratar a doença nele e anular o contágio pelo isolamento ou individualização, o modelo de variolização-vacinação consiste em compreender o conjunto sem ruptura de doentes e não doentes, considerando de modo amplo a população. Levando em conta o conjunto, definia-se uma morbidade normal e, em relação à normalidade identificada, procedia-se uma análise mais específica, com vistas a identificar os graus de normalidade em cada idade, região, cidade, bairros e profissões.

Sistema inverso ao disciplinar. Nas disciplinas, partia-se da norma para posterior distinção normal *versus* anormal. Agora, tem-se primeiro a identificação do normal e do anormal, das diferentes curvas de normalidade “e a operação de normalização vai consistir em fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras e [em] fazer de sorte que as mais desfavoráveis sejam trazidas às que são mais favoráveis.” (FOUCAULT, 2008, p. 83). Tais distribuições servirão como norma. O normal é anterior e a norma dele deduzida. Não se trataria mais de normação, mas de normalização.

*

Poder soberano e Biopoder

O soberano detinha o direito de vida e morte. O súdito não tinha o pleno direito de estar vivo ou morto, estas possibilidades só se tornam direito pelo efeito da vontade do soberano. O exercício desse direito, entretanto, se daria de forma desequilibrada, pendente para o lado da morte, tendo em vista que o soberano só exercia o direito sobre a vida pela morte que tinha condições de exigir. Podia decidir sobre a morte de seus súditos conduzindo-os à guerra – defesa

do soberano – ou matando-os como forma de castigo. O direito sobre a vida era marcado, assim, pelo exercício do direito de matar ou pela contenção do mesmo. De fato, era “o direito de *causar* a morte ou de *deixar* viver” (FOUCAULT, 1988, p. 148). Nos termos de Deleuze (1992), tinha a função de “decidir sobre a morte mais do que gerir a vida”.

A partir da época Clássica, Foucault (1988) observa uma transformação nos mecanismos de poder, que passam a se ocupar mais da gestão da vida. Um “poder que se exerce, positivamente, sobre a vida que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto” (FOUCAULT, 1988, p. 149). As guerras deixam de ser declaradas pela defesa do soberano e passam a ocorrer em nome da existência da *população*. A existência em questão não é a jurídica da soberania, mas a biológica da população.

É a partir da constituição da população como correlato das técnicas de poder que pudemos ver abrir-se toda uma série de domínios de objetos para saberes possíveis. E, em contrapartida, foi porque esses saberes recortavam sem cessar novos objetos que a população pôde se constituir, se continuar, se manter como correlativo privilegiado dos modernos mecanismos de poder (FOUCAULT, 2008, p. 103).

A nova técnica se dirige ao homem ser vivo, ao homem-espécie, à multiplicidade dos homens, não resumidos em corpos, mas na medida em que formam uma massa global, afetada por processos próprios da vida, como nascimento, doença e morte (FOUCAULT, 2005). O “velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de causar a vida ou *devolver* à morte” (FOUCAULT, 1988, p. 150). O poder age sobre a vida, “a morte é o limite, o momento que lhe escapa” (FOUCAULT, 1988, p. 151). A mudança no modo de compreender o suicídio é sintomática. Outrora considerado crime, vez que o direito de morte era restrito aos soberanos, passa no decorrer do século XIX a ser objeto de análise sociológica, ao mesmo tempo em que se evidencia o direito individual e privado de morrer.

“O biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder” (FOUCAULT, 1988, p. 155). A doença, no caso das endemias, por exemplo, aparece como fenômeno da população, não mais como a morte abrupta característica das epidemias, mas como morte permanente, “que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece” (FOUCAULT, 2005, p. 291). Neste cenário do final do século XVIII, a medicina passa a se ocupar da higiene pública, da normalização do saber, da coordenação dos tratamentos médicos,

da medicalização da população. Alguns alvos de controle são a natalidade, a mortalidade, a longevidade, o nível de saúde, a alimentação, a moradia, a reprodução e anomalias diversas.

A biopolítica “faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1988, p. 155). A partir de previsões, estimativas estatísticas e medições globais, estabelece mecanismos reguladores para fixar um equilíbrio, manter uma média normal, otimizar um estado de vida; em suma, assegurar uma regulamentação para *fazer viver*. É a série “população-processos biológicos-mecanismos regulamentadores-Estado”, a “bio-regulamentação pelo Estado” (FOUCAULT, 2005, p. 298).

Um poder que se incumbe da vida é um poder que compreende toda a superfície que se estende do corpo à população, do orgânico ao biológico, mediante o jogo das tecnologias da disciplina e da regulamentação. O poder de gerir a vida desenvolve-se, assim, sob dois pólos: (a) corpo como máquina – disciplinas do corpo, anátomo-política do corpo humano; e (b) corpo-espécie – regulação da população, “uma bio-política da população” (FOUCAULT, 1988, p. 152). O poder passa, assim, a se ocupar da administração e sujeição dos corpos, bem como da gestão calculista da vida e do controle das populações. A norma é o elemento que circula entre a disciplina e a regulamentação. “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1988, p. 157), de um bio-poder.

Foucault (2005) cita o domínio da sexualidade como exemplo de articulação da disciplina e da regulamentação. De um lado, a sexualidade enquanto comportamento corporal demandaria um controle disciplinar, vigilante e individualizante; de outro, a sexualidade, com seus efeitos procriadores, se insere em processos biológicos que abrangem a população em sua totalidade. No século XIX, circulava a noção de que a sexualidade indisciplinada e irregular provocaria alterações na saúde individual do devasso sexual, mas também traria consequências negativas para a população, tendo em vista o entendimento do caráter hereditário da devassidão, que acometeria gerações e gerações – teoria da degenerescência. A medicina é um instrumento de saber-poder que incide tanto sobre o corpo individual, quanto sobre a população, tanto sobre o organismo, quanto sobre os processos biológicos, produzindo efeitos disciplinares e regulamentadores.

A emergência deste poder que *faz viver* ocorre na desqualificação progressiva da morte. No final do século XVIII, verifica-se um desaparecimento da ritualização pública da morte, de modo que esta passa progressivamente do âmbito público para o privado, sendo tratada como tabu e objeto de vergonha. O que impunha a ritualização elevada da morte era a “manifestação da passagem de um poder para outro”, do poder do soberano na terra para o “soberano do além”

(FOUCAULT, 2005, p. 295). Ao mesmo tempo, era também a transmissão de poder do moribundo para os que permaneciam na terra, através, por exemplo, do testamento e das últimas vontades. Quando o poder se torna menos o direito de fazer morrer e “cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no ‘como’ da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências”, a morte torna-se extremidade do poder, ou seja, está fora do domínio do poder (FOUCAULT, 2005, p. 295). Enquanto o soberano tinha poder absoluto sobre a morte, com o biopoder ela torna-se momento de escape de qualquer poder. Aquilo sobre o qual o biopoder tem domínio não é a morte, mas a mortalidade.

Para exemplificar tal mudança, Foucault (2005) cita a morte de Francisco Franco, ditador espanhol, que durante quarenta anos teve direito soberano de vida e morte, mas na hora de sua morte, entrou no campo de “um poder que organizava tão bem a vida, que olhava tão pouco a morte, que ele nem sequer percebeu que já estava morto e que o faziam viver após sua morte” (FOUCAULT, 2005, p. 296). Nas últimas semanas de vida, Franco foi submetido a três cirurgias e à transfusão de setenta litros de sangue, pesava quarenta quilos e sobrevivia conectado a aparelhos que supriam funções que seu organismo não era mais capaz de realizar. *Dios mio cuanto cuesta morir* – pronunciava o ditador. A crítica de Foucault é evidente. Em uma questão, poderíamos formular: O que se torna a vida se ela se reduz ao desejo de *mais viver*? Morre no tempo certo: assim ensina Zarathustra (NIETZSCHE, 2011, p. 69). Na passagem *Moral para médicos*, Nietzsche (2006, p. 36) ressalta:

Num certo estado, é indecente viver mais tempo. Possuir vegetando em covarde dependência de médicos e tratamentos, depois que o sentido da vida, o *direito* à vida foi embora, deveria acarretar um profundo desprezo na sociedade [...] Morrer orgulhosamente, quando não é mais possível viver orgulhosamente.

As reflexões de Foucault sobre o biopoder parecem reforçar o pensamento de Heidegger sobre a técnica. É possível depreender nas duas contribuições o homem como sujeito e objeto do pensamento que calcula. O homem da técnica é tanto matéria-prima quanto agente manipulador de matérias para produção de objetos técnicos. Com a emergência de um poder que se ocupa da vida, tem-se a gestão do homem a partir de um conhecimento científico e tecnológico, do cálculo sobre os processos biológicos, a medicalização da vida e da morte. Tem-se o uso político e estratégico de princípios que começaram a ser desenvolvidos com as reflexões de Heidegger sobre a técnica, a tecnologização dos modos de ser e agir, com vistas ao controle e asseguramento. O cálculo é o triunfo da vontade de controle. Não poderíamos

pensar que na essência de um poder que se ocupa da vida e da morte, definindo números e limites ideais, não estaria, de modo semelhante à essência da técnica, um espírito de vingança, de correção da vida tal qual nos foi dada, numa acepção secular, gratuitamente? Entender a técnica hoje é compreender a essência da ciência contemporânea – e o biopoder contribui para este percurso teórico.

3 MEDO, RISCO E VIRTUAL

3.1 A CONSTRUÇÃO

“Instalei a construção e ela parece bem-sucedida” (KAFKA, 1994, p. 63). Por fora, apenas um buraco. Depois de poucos passos, o possível invasor já iria se deparar com uma firme rocha natural. Mas o buraco também pode atrair atenções outras, pode conduzir à percepção de que esconderia algo de grande valia, algo digno de ser investigado. Pode proteger, mas também conduzir ao perigo.

A verdadeira entrada da construção “está tão segura quanto algo no mundo pode ser seguro” (KAFKA, 1994, p. 63). O personagem de Kafka em *A construção* reconhece a insegurança de sua obra e, com isso, a busca pela segurança torna-se contínua. “Não tenho uma hora de completa tranquilidade” (KAFKA, 1994, p. 64). Está sempre calculando e refletindo sobre as lacunas de sua construção e as possibilidades de invasão. A vigilância é limitada; um ataque inesperado pode ocorrer. Poderia estar em paz (?) em sua casa, enquanto um adversário conseguiria invadir sua construção e aproximar-se dele. A paz não é experimentada. Um singular momento de paz é interrompido por ideias de perigo. “Ah, o que não poderia acontecer!” (KAFKA, 1994, p. 65).

A insegurança perturba o sono. Como dormir, diante de tantos barulhos, ruídos, zumbidos e ideias que ecoam em sua mente? “Não sei se é um hábito dos velhos tempos ou se de fato os perigos desta casa são fortes o suficiente para me despertar” (KAFKA, 1994, p.66). Além dos inimigos externos que o ameaçam, as lendas informam-no acerca da existência de inimigos internos, que vivem dentro do chão. Nunca os viu, mas acredita firmemente neles.

Está preso em sua própria racionalização, no labirinto eterno do excesso de razão. Sua paranoia é fruto deste excesso. Racionaliza em cima da sua própria racionalização. Avalia constantemente o desenho da construção, por sua vez, fruto de uma racionalização anterior que determinava certa distribuição como a mais segura. Por vezes, entretanto, a atual distribuição lhe parece falha: “aí eu me apresso, vôo, não tenho tempo para cálculos; porque quero executar um plano novo e exato, agarro arbitrariamente o que me vem aos dentes, arrasto, puxo, suspiro, gemo, tropeço, e qualquer mudança do estado presente, que eu julgo superperigoso, me satisfaz” (KAFKA, 1994, pp. 68-69).

Adiante, nova razão vem à tona, mostrando que a distribuição anterior fazia mais sentido. A praça do castelo começa a ser questionada. Durante a construção, já perdurava a exigência de várias praças. Consolou-se com sentimentos não menos obscuros, acreditando que

uma praça seria suficiente. Os sentimentos sombrios de sua insuficiência se desvanecem e, então, recomeça a arrastar tudo de volta para a praça.

“Tempos felizes, mas perigosos” (KAFKA, 1994, p. 70). Os breves momentos de tranquilidade podem afastá-lo do estado de constante alerta; “quem soubesse aproveitá-los poderia, sem risco, me aniquilar” (KAFKA, 1994, p. 70). A paz é novamente interrompida pelo cálculo. Interioriza a existência de um perigo aparente. Diante da indeterminação do momento do ataque, permanece em estado de constante vigilância. A crença no perigo iminente desestabiliza o raro momento de uma possível paz e recupera o estado de alerta.

A entrada da sua construção seria suficiente? Deveria reconstruir esta parte? Novas fraquezas da construção são reconhecidas, novas questões emergem sobre a real segurança de sua construção labiríntica. Inquieta-se tentando integrar razão ao acaso. Está preso ao labirinto físico e sensível de sua construção. Perde-se no tormento de sua própria construção diante do cálculo de probabilidades.

“A construção me ocupa muito a cabeça” (KAFKA, 1994, p. 74).

Do lado de fora, vigia sua casa, encontra os fantasmas da noite e, “com serena capacidade de julgamento”, descobre que “as coisas curiosamente não estão tão mal quanto muitas vezes acreditei e na certa vou acreditar quando descer à minha morada” (KAFKA, 1994, pp. 74-75). Reconhece as ciladas de suas imaginações, mas não consegue escapar delas.

Chegou ao ponto que tive por vezes o desejo infantil de não voltar mais a ela, de me instalar aqui na vizinhança da entrada, de passar a vida a observá-la e de manter diante dos olhos – encontrando nisso a minha felicidade – o quanto a construção seria capaz de me oferecer uma sólida segurança, se eu estivesse nela. Ora, existe um sobressalto instantâneo que desperta dos sonhos infantis (KAFKA, 1994, pp. 75-76).

Que segurança seria essa? Poderia avaliar o perigo que corre no interior da construção, a partir da observação externa? Novas questões surgem e conduzem-no à percepção de que se trataria de uma falsa tranquilização que, em seu entender, o exporia ao perigo máximo. A presumível sensação de segurança é logo posta em questão. Não seria ele quem observa seu sono, mas, ao invés disso, estaria sendo observado pelo destruidor.

Como voltar para o interior de sua construção depois de passar tanto tempo do lado de fora, observando todos os acontecimentos acima da entrada? Como retornar sem conseguir visualizar, sem saber, ao certo, o que ocorria? Como retomar o estado imaginativo sobre os acontecimentos perigosos, “a velha vida inconsolável que não tinha segurança alguma, que era uma só plenitude indiferenciada de perigos e que por isso não deixava ver e temer tão

nitidamente o perigo isolado” (KAFKA, 1994, p.77)? Esta dúvida seria uma profunda tolice, “provocada tão-somente pela permanência demasiado longa na liberdade sem sentido” (KAFKA, 1994, p. 77). Pune-se por não conseguir retornar à sua construção.

Se o perigo se concretizasse, se pudesse ser apreendido, poderia descansar pelo resto da vida. “Mas ninguém chega e eu fico reduzido a mim mesmo” (KAFKA, 1994, p. 78). Reduzido, sozinho, às suas imaginações e possibilidades. Diz não ter ninguém em quem confiar, a não ser em si mesmo e em sua construção. Ambos, todavia, são diversas vezes, ao longo do relato, alvos de sua própria desconfiança. Diz que a construção oferece segurança, mas não o suficiente - “acaso cessam nela para sempre as preocupações?” (KAFKA, 1994, p. 81).

“Por que temo o intruso mais que a possibilidade de não rever nunca mais minha construção?” (KAFKA, 1994, p. 82). A indagação sobre o medo é seguida do retorno à casa. Confere os cômodos, avaliando se tudo permanece como deixou e, só então, consegue adormecer com suposta tranquilidade. O sono é interrompido por um zumbido quase inaudível. Inicia, então, sua busca incessante pela origem do zumbido. Todo o estado de breve serenidade é alterado. Fica escavando, pensando, procurando, ruminando, imaginando a causa real do ruído. Na busca por sossego, seus próprios pensamentos o desestabilizam, afastam a tranquilidade. Caberia agora restabelecer o sossego, reparando os estragos causados pelas perfurações que realizou em busca do ruído.

No decorrer do trabalho, o sentimento de insegurança da construção vem novamente à tona. Apesar da incessante busca por segurança, reflete que nunca “instalou a construção para a defesa contra um ataque” (KAFKA, 1994, p.96). Conclui que teve sorte ao longo de todos os anos e a sorte o estragou, “estive intranquilo, mas a intranquilidade dentro da sorte não leva a nada” (KAFKA, 1994, p. 96). Caberia agora empreender uma vistoria detalhada de toda a construção, para, a partir daí, elaborar um plano de defesa e de construção adequado. Não consegue compreender seu projeto anterior, mas conclui que começar um novo trabalho seria inviável. Abandona a escuta, põe tudo de lado, está saturado de novas descobertas. Move-se pela construção em busca, talvez, de um adiamento.

O labirinto de entrada com novos ruídos o atrai. Nada ali está relacionado a si; todos têm outros interesses. Encontra paz. A entrada, antes lugar de perigo, é agora cenário de paz, enquanto a praça do castelo foi arrastada para o perigo. Completa inversão. Na verdade, acima do musgo, o perigo permanece, nada ali mudou, mas, de modo diferente, ele agora estava insensível ao perigo que ali espreita. Lá, escapava do zumbido.

Persiste elaborando sobre a origem do zumbido. A crença de que alguém está se aproximando conduz a novas inquietudes sobre as limitações da construção, sobre o que deveria

ter feito, sobre o tempo perdido com jogos pueris e com ideias de perigos, em vez de refletir – e agir – de fato em relação aos perigos reais. “E advertências é que não faltaram” (KAFKA, 1994, p. 101). Situação semelhante a que experimentava naquele momento ocorreu no início da construção. Na época, “jovem como era, fiquei mais curioso do que amedrontado com aquilo” (KAFKA, 1994, p. 101). Da experiência da idade deriva o conhecimento sobre a diversidade de ameaças possíveis e a hiper-racionalização. Conclui que se trata de um único grande animal. Passa a imaginá-lo, a tentar decifrar seus desígnios, a pensar sobre o contato entre os dois... Enquanto ruma possibilidades inúmeras, tudo continua inalterado.

Assombrado pela linha de construção, tem medo de tudo e de todos. A construção nunca está realmente finalizada, pois, a todo tempo, reflete sobre possibilidades de ameaça e sobre as mudanças que deveriam ser implementadas para escapar do perigo virtual. Age no presente a partir de camadas de virtualidade. Possibilidades futuras orientam suas práticas no presente, na medida em que confere um estado de quase-real ao perigo virtual. No jogo entre o certo e o incerto, a paz é provisória, momentânea, sendo sempre interrompida pela racionalização sobre o perigo.

Atribui a si a responsabilidade pela segurança da construção, produzindo uma autoavaliação a partir de sua capacidade de calcular e conter o perigo. Se um Outro invadir sua casa, terá sido ele o culpado por não ter refletido o suficiente sobre tal possibilidade e, por conseguinte, não ter agido a fim de evitá-la. Nos momentos finais do texto, em que fareja uma invasão, constrói uma relação causal entre ações do passado e sofrimento futuro. Punição e culpa precedem a ocorrência do evento que poderia causar-lhe sofrimento.

Tem certeza da ameaça, mas incerteza sobre o momento e as condições de ocorrência. Num jogo de incerteza da vigilância – estaria sendo observado pelo Outro? –, interioriza a possibilidade de estar sendo observado, de estar sendo alvo de algum plano de invasão e, assim, permanece em alerta crônico. A incerteza sobre o futuro produz inquietude no presente.

Está preso no labirinto arquitetônico que construiu e no labirinto de sua consciência em meio à hiper-racionalização, à culpa, ao virtual e à dívida que nunca poderá ser paga. O ciclo se renova a cada novo sonho interrompido, a cada nova mudança implementada. “E se...” Não vê o fim. Não tem controle sobre nada, mas a leve sensação de controle sobre algo provoca prazer e breve tranquilidade.

Permanece incessantemente hiper-racionalizando sobre as ameaças, atribuindo um estado de quase-realidade a um perigo virtual, marcado pela vontade de cálculo, controlado pelo desejo de controle e de asseguramento, construindo relações entre ação passada/tempo presente/evento futuro, bem como responsabilizando-se pela construção e pelo prolongamento

de sua vida, o que daí deriva a culpabilização. O medo da invasão de sua construção é apenas a determinação da sua angústia com seu ser-no-mundo, seu ser-na-construção. Ao longo de todo o conto, o personagem busca determinar, identificar, localizar um perigo que espreita, uma ameaça iminente. Mas nada chega e ele persiste ruminando.

Na cultura contemporânea, a noção de risco é central para compreendermos as inquietudes do sujeito. Com uma medicina de caráter cada vez mais preventivo e preditivo, prioriza-se a identificação e a intervenção antes do caráter emergencial da doença, mesmo sem a experiência de qualquer mal-estar. Esta nova lógica de cuidado da saúde inaugura um modo distinto de conceber as doenças, de definir os limites entre saudável e enfermo, e de convocar os indivíduos a lidarem com sua saúde, seu corpo e suas práticas cotidianas. Não se trata mais de intervir apenas diante do aparecimento da doença, mas de buscar previamente possibilidades de doenças futuras, a partir da genética e do estilo de vida. A busca é constante.

Os avanços do saber médico-científico produzem novas inquietudes, novas relações causais entre práticas cotidianas no presente e probabilidade de doenças futuras, bem como entre ações passadas, reinterpretadas a partir de um conhecimento presente com base em riscos futuros. Nem sempre o cigarro foi considerado fator de risco para câncer de pulmão, houve um tempo em que os médicos inclusive incentivavam pessoas a fumar. Hoje, entretanto, descobriu-se que um fumante tem maiores riscos de ter um câncer de pulmão (presente/futuro). Um ex-fumante, mesmo anos após ter largado o vício, ainda pode ser surpreendido com o advento de um câncer ou outras doenças pulmonares (ação passada/conhecimento presente/risco futuro). Outro exemplo pode ser apreendido a partir dos novos limiares de hipertensão: um obeso com pressão arterial 14x9, por tempos concebida como ideal, precisa agora mudar seu estilo de vida para atingir os novos números 12x8 e para reduzir o IMC, pois o processo de medicalização da obesidade a definiu como doença – virtual, no caso, já que é definida por ser fator de risco para inúmeras patologias contemporâneas, isto é, por aumentar a probabilidade de o indivíduo obeso contrair outras doenças.

De modo semelhante ao personagem de Kafka, a paz é provisória, pode ser sempre interrompida pelo cálculo, pois novos possíveis perigos podem ser identificados e interiorizados. A hiper-racionalização busca controlar o acaso e insere o sujeito em práticas de constante autovigilância. Mas nem sempre foi assim.

3.2. CULTURA DA MEDICALIZAÇÃO

Em 1972, Zola publicou o ensaio “Medicina como instituição de controle social”. No texto, Zola argumenta que a medicina estava se tornando a maior instituição de controle social, de repositório da verdade e de produção de julgamentos absolutos supostamente objetivos e moralmente neutros. O envolvimento médico em problemas sociais retiraria o anterior caráter moral e punitivo, conferido pelas instituições religiosas e jurídicas; no lugar os problemas seriam interpretados por conhecimentos científicos, pretensamente objetivos – os julgamentos passam a ser feitos em nome da saúde. Conrad e Schneider (1992), estudando esta transformação a partir do desvio, identificam a passagem do *badness* para o *sickness*. A definição de indivíduos com comportamentos “estranhos” – homossexuais, drogados, crianças hiperativas, pedófilos – segundo o modelo médico modifica o papel deles na sociedade e a classificação de desviantes (GUSFIELD, 1992).

Talvez a medicina não seja desprovida de um potencial moralizante e de controle social, salienta Zola (1972), e isto vem ocorrendo através da *medicalização* da vida, que vem tornando as classificações saudável e enfermo relevantes para a existência humana. Antes, envelhecimento e gravidez eram considerados processos naturais da vida, enquanto dependência de drogas e alcoolismo eram vistos como fraquezas; depois, todos passam para o domínio da medicina. Identifica-se uma expansão da medicina ao abarcar uma extensão maior da existência humana e, assim, aumentar as possibilidades de oferta de serviços para um número muito maior de pessoas. No tocante à gravidez, por exemplo, a medicina passa a se ocupar da concepção, da fertilidade, da reprodução, da atividade sexual, do aconselhamento genético, do pré-natal, do pós-natal, do cuidado pediátrico... É neste sentido que o autor também observa uma expansão nas informações que podem ser relevantes para a identificação, o tratamento e a prevenção de doenças. O paciente não deve mais apenas informar os sintomas do corpo, mas fornecer informações sobre sua vida cotidiana, seus hábitos e preocupações. A exposição de toda sua vida aos médicos é feita em nome de uma presumível neutralidade e objetividade científica.

A medicalização, termo que começa a ser adotado na década de 70, é definida por Zola (1983) como o processo através do qual a vida cotidiana vem cada vez mais sendo compreendida sob o domínio, a influência e a supervisão médica. Conrad (1992) complementa: é o processo através do qual problemas que não são da ordem médica passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente definidos como doença ou distúrbios. A chave para a medicalização é a definição, que o problema seja definido e descrito a partir de termos

médicos, compreendido a partir de um enquadramento médico e tratado a partir de uma intervenção médica (CONRAD, 2007). No início centrada na figura dos médicos, a noção de medicalização amplia-se e passa a compreender vários atores do sistema de saúde, como pacientes, advogados, grupos de apoio e laboratórios farmacêuticos, resultando, assim, na expansão das entidades médicas e no recrutamento dos indivíduos com base nelas (ARONOWITZ, 2009).

O processo de medicalização compreende também a ampliação das categorias médicas de modo a conceber um número muito maior de indivíduos como doentes. Neste processo, identificam-se mudanças nos limiares diagnósticos, a criação de demanda para novos medicamentos, a ampliação do público para uma doença já existente, o uso de medicamentos para aumento de performance e o *branding* (gestão de marca) de uma condição médica, que se trata não apenas de pensar as estratégias de comunicação, mas também de gerar condições que criem mercado para o consumo dos medicamentos. Em alguns casos, recupera-se a atenção sobre uma enfermidade pouco contemplada, em outros, uma antiga doença é renomeada e redefinida, e há ainda casos de criação de uma nova disfunção (MOYNIHAN; CASSELS, 2005). São os casos, por exemplo, da disfunção erétil, do transtorno de déficit de atenção adulto e da desordem disfórica pré-menstrual.

Os executivos de *marketing* não escrevem as regras de diagnóstico de uma doença, mas cada vez mais subscrevem aqueles que fazem. No caso do colesterol, por exemplo, a redução dos limites de referência do que antes era considerado normal, em quase 90% dos casos, está associada a conflitos de interesses entre a indústria farmacêutica e parte dos médicos responsáveis pela redefinição das diretrizes, seja por serem funcionários, consultores, palestrantes pagos ou pesquisadores financiados pela indústria (CHOUDHRY; STELFOX; DETSKY, 2002). A questão aqui não é tanto apontar que os médicos contribuem com o *marketing* farmacêutico, ajudando a alavancar as vendas dos fármacos, mas especialmente sinalizar a contribuição deles para a venda e consolidação de uma definição particular sobre a doença e, por conseguinte, para o estreitamento dos limites entre normal e patológico.

Tais limites, além de estarem suscetíveis a modificações, estão sendo construídos de modo cada vez mais amplo, com vistas a conceber um número crescente de indivíduos saudáveis como doentes. Uma consequência é o estrondoso aumento nas prescrições de antidepressivos e medicamentos para o coração. Os americanos e os canadenses aumentaram em 300% o consumo de medicamentos para redução de colesterol, de 1990 a 2000. Conforme as diretrizes da década de 1990, 13 milhões de americanos poderiam ter necessidade de uso de estatinas; com a publicação das diretrizes de 2001, o número cresceu para 36 milhões

(MOYNIHAN; CASSELS, 2005). Em 2001, a III Diretriz Brasileira estabelecia o valor de colesterol total desejável <200 e o LDL (colesterol ruim) desejável com valores entre 100-129. Em 2017, na atualização da V Diretriz Brasileira, médicos brasileiros estabeleceram o valor <190 para colesterol total e classificaram os valores ideais de LDL conforme a estratificação de risco individual. Pacientes de altíssimo risco deverão atingir uma meta de LDL menor que 50mg/dl do LDL, alto risco menor que 70, risco intermediário menor que 100 e baixo risco menor que 130. Tendo em vista a dificuldade de alcançar as taxas de 70mg/dl e ainda mais de 50mg/dl, o fato da dieta reduzir apenas 5-10% e do exercício físico ter impacto reduzido na redução, tem-se como resultado o consumo de medicamentos. A normalidade torna-se, cada vez mais, inalcançável e, ao mesmo tempo, idealizada.

Em 1994, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial consideravam pressão normal abaixo de 16 por 9; em 1998, o índice de normalidade caiu para 14 por 9; em 2002 foi criado o rótulo da pressão ótima (para além da pressão normal) que fica abaixo de 12 por 8. Níveis difíceis de serem alcançados pela maior parte da população e que conduzem em geral à busca de medicamentos. Mesmo com a terapia medicamentosa, é pequeno o número de pacientes que alcançam a pressão almejada. Em 2003, as autoridades médicas americanas definiram ainda os pacientes com pressão entre 14 por 9 e 12 por 8 como pré-hipertensos; os pacientes com pressão abaixo de 12 por 8 passaram a ser considerados normais (NEIVA, 2005). O professor Décio Mion, fonte da reportagem de *Veja* (NEIVA, 2005), manifesta-se criticamente:

Como somente metade dos pré-hipertensos irá se tornar hipertensa no futuro, esse diagnóstico pode levar uma pessoa a passar desnecessariamente pelo stress de ser rotulada como doente. Muitos pacientes ligaram desesperados porque, num dia, tinham pressão normal e, no outro, passaram a ser pré-hipertensos. Alguns simplesmente desistiram das medidas preventivas: 'Não aguento mais. Tenho me esforçado tanto e agora me dizem que nada valeu a pena, que sou doente', disse um deles (MION apud NEIVA, 2005, p. 92).

Moynihan e Cassels (2005) destacam que o grande objetivo dos estrategistas de *marketing* é vender não apenas para o doente, mas também para o até então saudável.

Com a ascensão de um *ethos* terapêutico, muitas experiências compreendidas como eventos costumeiros da vida passam a ser interpretadas como traumáticas ou prejudiciais, inconvenientes comuns são transformados em condições assustadoras e os altos e baixos da vida passam a ser vistos como dignos de intervenção médica. As complexas tensões emocionais do crescimento da criança são frequentemente definidas como eventos estressantes com os quais as crianças já não são hábeis a lidar. A preocupação com o *stress* das crianças levou

inclusive algumas escolas a treinarem seus alunos em habilidades de lidar com as emoções, incluindo a gestão da raiva. Furedi (2022) destaca que tais iniciativas chegam a ser insignificantes se comparamos com o fato do ambiente de trabalho ter se transformado em uma fonte de doenças mentais, narrativa reforçada por uma grande quantidade de matérias jornalísticas. “Indivíduos – novos e velhos – tendem a sentir e interpretar seus sentimentos conforme expectativas predominantes e normas culturais” (FUREDI, 2002, p. 18). É neste sentido que depressão e trauma passam a ser evocados para descrever problemas da vida cotidiana.

Na estratégia de aumento de performance, é possível notar o uso de medicamentos para melhor desempenho em atividades sexuais e maior produtividade no trabalho ou estudo em casos em que não há uma avaliação médica da necessidade do uso do fármaco. Dois exemplos: primeiro, o uso de viagra por jovens de 20 e poucos anos, mesmo sem disfunção erétil. A impotência existia mesmo antes da Pfizer lançar o Viagra, em 1998. O laboratório farmacêutico, entretanto, criou e remodelou o mercado para este produto, ao promover a droga para a “disfunção erétil” e ao associar o problema a imagens de pessoas públicas, como o senador Bod Dole e o jogador de beisebol Rafael Palmiero (CONRAD, 2006). Anos atrás, presenciei uma estratégia de *marketing* de um medicamento para disfunção erétil, em bares da cidade de Teresina-PI. Mulheres muito bonitas, vestidas com roupas coladas e da cor do medicamento, circulavam em mesas do bar, marcadamente ocupadas por jovens, distribuindo camisinhas e divulgando o *slogan* do medicamento. O mascote do medicamento, que constava no produto distribuído, era uma pílula sorridente e com um dedo da mão levantado para cima.

O segundo exemplo é o consumo de ritalina, medicamento psiquiátrico usado para transtorno de déficit de atenção, por jovens e adultos concurseiros e pós-graduandos mesmo sem o diagnóstico médico. A questão suscitada por esta prática é: que tipo de *dever ser* é este que está sendo almejado pelos indivíduos ou exigido pela cultura e que demanda uma performance para além dos limites de um *poder ser* orgânico, natural, humano?

Na década de 1990, a produção da Ritalina aumentou quase 800%. Nos anos 2000, os americanos, que correspondem a menos de 5% da população mundial, eram responsáveis pelo consumo de 80% dos fármacos produzidos em todo o mundo. No mesmo ano, houve um crescimento na prescrição deste fármaco para crianças. A parceria com os grupos de pacientes foi uma estratégia relevante na venda do transtorno de déficit de atenção enquanto doença. Mais do que vender medicamentos, estratégias de *marketing* visavam a venda desta nova condição médica. A parceria com os grupos de apoio ajudava a vender a ideia de um subdiagnóstico, de

uma condição melhor tratada com o consumo de medicamentos, e a apresentar rostos do transtorno (MOYNIHAN, CASSELS, 2005).

Moynihan e Cassels (2005) expõem que há variadas maneiras de vender a doença, mas uma estratégia comum é o *marketing do medo*. Tal estratégia consiste na promoção do medo de uma doença futura ou óbito que poderia ser evitado pelo consumo anterior de medicamentos. O *marketing do medo* culminou, por exemplo, no consumo de medicamentos para redução do colesterol em números superiores a qualquer outra categoria em nações de todo mundo. O colesterol foi construído como o grande inimigo e como uma condição médica, quando, na verdade, se trata apenas de um fator de risco, bem como o tabagismo e outros, para ataques cardíacos e/ou outras patologias cardiovasculares. O foco exagerado nos números do colesterol pode implicar no distanciamento da real prevenção (ataque cardíaco e não colesterol alto) e na percepção do colesterol alto como doença. Toda esta atenção parece estar associada ao fato de a avaliação dos índices de colesterol possibilitarem uma intervenção técnica, quer dizer, o colesterol alto poder ser contornado pela intervenção medicamentosa.

O *marketing do medo* pode ainda basear-se na produção do anseio de que seus corpos e/ou mentes sofreriam de algum distúrbio ou deficiência ainda não identificado, mas que, uma vez descoberto, deveria ser tratado. É o discurso da evolução do conhecimento científico, associado à consolidação de novas enfermidades e novos tratamentos que têm crescentemente transformado acontecimentos naturais ou inconvenientes da vida cotidiana (timidez, tensão pré-menstrual, instabilidades emocionais, distração na escola ou no trabalho, esquecimento na velhice...) em distúrbios que necessitam de intervenção medicamentosa. Trata-se da criação de novas ideias sobre estar/ser doente e sobre as condições desse estado.

A doença, abordam Lerner e Vaz (2017), é construída e compartilhada socialmente. A noção de doença abarca não apenas uma disfunção biológica, mas a classificação da sociedade, a experiência subjetiva do doente, o sentido conferido pelo paciente ao mal-estar e o campo de interações entre indivíduos, grupos, instituições e a cultura (LEITE; VASCONCELLOS, 2006). Doente, complementam as autoras, é aquele que o meio vê como tal. Os sentidos “mudam com o tempo e variam segundo os modos de se viverem os processos de saúde e doença nos contextos sociais, culturais e políticos nos quais essas experiências se inserem” (LERNER; VAZ, 2017, p. 154-155).

De modo sintético, algumas características do cenário da medicalização contemporânea, a partir das relações entre indústria farmacêutica, profissionais de saúde, especialmente médicos, mídia, grupos de apoio e governo: (i) a construção do discurso da evolução do conhecimento científico, a consolidação de novas enfermidades, bem como novos tratamentos,

(ii) a valorização de atitudes preditivas e preventivas para a garantia de uma vida mais saudável e duradoura; o cuidado com a saúde precede a necessidade, a descoberta de sintomas e o diagnóstico médico; o risco de contrair uma doença tem sido em si mesmo concebido como doença, (iii) a criação de uma relação entre o uso do medicamento e o desempenho físico, emocional, intelectual ou sexual, (iv) a estratégia do *marketing* do medo, (v) a sugestão e o estímulo de diagnóstico para o público geral, em materiais midiáticos, com apresentação e aconselhamento de tratamento correspondente, conferindo uma maior autonomia aos indivíduos para se conceberem como doentes, (vi) o desejo dos indivíduos de serem diagnosticados enquanto doentes, tendo em vista a desestigmatização da anormalidade e a associação do medicamento com o alívio de sofrimentos.

Neste cenário, uma questão que vem à tona é: indivíduos cada vez mais doentes ou cada vez mais classificados como doentes? Uma narrativa imediata é a do progresso do conhecimento. As diferenças históricas devem-se a uma variação na percepção, por sua vez, decorrente de uma anterior ausência de conhecimento adequado. Quer dizer, continuidade do objeto e variação de percepção. O argumento para distúrbios já existentes é de que a forma atual de entendimento da doença é a que melhor ordena seus sintomas, descobre suas causas e oferece os meios efetivos para o tratamento. O argumento para novos distúrbios é de que sempre houve enfermos, mas a existência era acompanhada do desconhecimento. Não havia, por exemplo, a classificação de transtorno de déficit de atenção ou de pré-diabetes e, assim, havia um subdiagnóstico e subtratamento.

Ao identificar as mudanças históricas no cuidado de si, mais interessante que compreender o momento atual como superação ou evolução de práticas anteriores, é analisar as singularidades de nossas crenças. Que cultura é esta que busca incessantemente um adiamento da morte? Que cultura é esta que não admite instabilidade emocional e medicaliza os altos e baixos da vida cotidiana? Que cultura é esta em que procedimentos cirúrgicos são realizados mesmo sem o diagnóstico de uma doença? Que cultura é esta que aceita o uso de medicamentos em caráter preventivo? Que cultura é esta que cuida da saúde sem limites temporais? Que cultura é esta que adota categorias médicas para dar sentido a problemas da existência humana?

A análise das transformações no cuidado possibilita perceber os efeitos que as mudanças no que a medicina estipula como verdade e no que ela propõe como solução para nossos sofrimentos e angústias provoca no comportamento dos indivíduos. O caminho é refletir sobre como os valores sociais e o que se apreende como verdade pode determinar os modos dos indivíduos pensarem o que são, o que podem ser e, nesta distância entre o presente e o futuro, o que devem fazer. Cabe também identificar como cada momento histórico define a parte que

precisa ser cuidada, a razão do cuidar de si, o modo de cuidar e, novamente, o que se espera ser ao cuidar de si. Ao definir comportamentos doentios e de risco, o saber médico estipula a parte do indivíduo que deve ser cuidada, o modo do trabalho de si e ainda a projeção do ser (VAZ, 2002).

3.3 MEDICINA E CUIDADO DE SI

As medicinas moderna e contemporânea se diferenciam principalmente pela mudança na noção de causa das doenças e, por conseguinte, pela transformação no conceito de cuidado. Ao identificar a causa de morte de um indivíduo, determina-se o que permitiria a continuidade de sua existência. Com isso, estipula-se ações que deveriam ter sido realizadas e/ou evitadas, seja a partir da conduta individual ou da intervenção do Estado. Tal compreensão expressa a “laicização da esperança cristã de salvação”, transformando o sonho da eternidade, com a vida pós-morte no paraíso celestial, em esforço para manter-se em vida. “A saúde torna-se um valor supremo a orientar nossas vidas e a morte algo a ser adiado a qualquer custo” (VAZ, 2006, p. 90).

Na medicina moderna, a causa estava atrelada às doenças infectocontagiosas, no momento, causa do maior número de mortes. Somente a partir da exposição ao vírus ou à bactéria e do aparecimento dos primeiros sintomas – da *experiência* da dor –, o indivíduo buscava o médico e aceitava intervenções médicas em seu cotidiano. A experiência do sofrimento e o aparecimento da enfermidade é que determinavam o cuidado com a saúde; antes disso, tinha-se apenas os cuidados básicos com a higiene. Uma vez recuperado o estado normal de ausência de enfermidade, o indivíduo retomava suas práticas cotidianas, sem as grandes preocupações com a sua saúde, comportamento próprio do estado de normalidade.

As fronteiras entre saudável e doente eram bem definidas. A normalidade era regra e sentimento subjetivo que associava vitalidade a ausência de sintomas. “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (CANGUILHEM, 2013, p. 193). Além disso, apenas o sofrimento no presente autorizava a intervenção médica sobre o corpo, a limitação de práticas cotidianas, e acarretava uma preocupação subjetiva com a saúde. A limitação temporal no cuidado com a saúde reverberava, por sua vez, na frequência de notícias sobre saúde na mídia, mais restritas aos momentos de surtos epidêmicos (VAZ, 2006).

A prevenção às doenças infectocontagiosas se dava principalmente através da vacinação (intervenção médica) e das condições sociais que favoreciam a existência e a proliferação do agente patógeno externo (ação política). De modo geral, não havia, portanto, responsabilização

do indivíduo sobre a enfermidade contraída, no sentido de que não cabia a ele reduzir as desigualdades sociais e nem atuar em políticas de vacinação. A desigualdade demandava ação coletiva na forma de intervenção do Estado para solucionar os problemas de higiene e desigualdades sociais (VAZ, 2002; 2006). Não era, assim, tão evidente uma relação causal entre comportamento individual e advento das doenças em gerais. A causalidade era observada em doenças específicas, a exemplo das doenças venéreas, como a AIDS, doença infectocontagiosa com moralidade claramente associada, pois está intimamente vinculada ao comportamento do indivíduo.

No caso das doenças mentais, objeto de estudo de Foucault (2014), a moralidade também era evidente. A psiquiatria atuava no controle social, na normalização e na homogeneização dos desvios para o bem viver na sociedade. A doença mental era vista como desvio e como perigo, ainda que tivesse o reconhecimento do sofrimento. O diagnóstico estigmatizava e a cura tinha a função de eliminar a anormalidade e o comportamento moralmente impróprio (FOUCAULT, 2010b).

Na sociedade disciplinar, a autovigilância é promovida por este poder normalizador. Contemporaneamente, a autovigilância é promovida pelo dispositivo de saber-poder das medicinas preventiva e preditiva, na medida em que problematizam os comportamentos relacionados à saúde e estipulam os modos dos indivíduos lidarem com a sua saúde, gerirem seu corpo e suas práticas cotidianas, pensarem o que são e o que devem ser.

3.3.1. O discurso do risco e as redefinições nos modos de ser/estar doente

O homem do confinamento deu lugar ao homem endividado da sociedade de controle. Nunca se termina nada e a dívida nunca poderá ser paga: é a *moratória ilimitada*. As sociedades de controle emergem e se caracterizam pelo controle ao ar livre – ao invés dos espaços fechados da disciplina –, controle de curto prazo, rotação rápida, contínuo e ilimitado – não vejo o fim, os diferentes modos de controle são inseparáveis. A empresa substitui a fábrica, a formação permanente substitui a escola, as penas substitutivas e as tornozeleiras eletrônicas substituem a prisão, a nova medicina do controle contínuo, dos doentes potenciais e sujeitos ao risco substitui o exame e o corpo individual pela “cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (DELEUZE, 1992, p. 229). As instituições fundem-se umas com as outras. Com o doente potencial, tem-se, por exemplo, a fusão do hospital com a vida cotidiana.

Enquanto a disciplina inquietava-se com a forma dos atos e vinculava a identidade dos indivíduos às preferências por certos desvios, hoje, inquieta o jogo entre hábito e sua

consequência, entre prazer e futuro (VAZ, 2002). Neste sentido e levando em conta que uma cultura pode ser definida pelos valores que propõe como positivos, e que emergem por negação da negação (p. ex.: negação do não-normal), Vaz (2002) argumenta que a passagem da disciplina ao controle é também a passagem do anormal ao risco como conceito a partir do qual se pode pensar a relação dos indivíduos consigo mesmos e com os outros.

O bem-estar, a juventude prolongada, o autocontrole, a eficiência, a tolerância, a segurança e a solidariedade são valores centrais da nossa cultura que implicam o cuidado, na relação consigo ou com os outros, a partir da exposição ao risco. O que proporciona prazer ao indivíduo pode gerar dependência e risco de morte prematura e o que gera prazer ao outro não é tolerado, quando expõe os demais ao risco, por exemplo: o caso de uma grávida fumante ou de um pedófilo – princípio do não dano, de Stuart Mill. Além disso, somos convidados a ajudar os outros quando expostos a situações de riscos, especialmente quando o sofrimento deriva da ação de outras pessoas (VAZ, 1999; 2002; 2010).

O conceito de risco marca a singularidade de nossa cultura, com a invasão do nosso cotidiano pela ciência e tecnologia, a cientifização de nossas vidas e mortes, e o estabelecimento de uma articulação entre mídia e medicina, em que a mídia vem crescentemente ocupando o lugar de quem adverte para o risco dos hábitos individuais e os meios de contorná-los (VAZ, 2002). A mídia atua também como mediadora da relação médico-paciente, informando o indivíduo sobre a doença e também sobre o agir médico – como ele deve agir diante do diagnóstico da doença, na solicitação de exames e na proposição de tratamentos. Um exemplo é a reportagem de Neiva, Bergamo e Antunes (2006), que apresenta informações sobre “as dez doenças que mais comprometem a saúde dos brasileiros [...] e às [sic] que ocupam as primeiras posições no ranking das grandes causas de morte no Brasil” (NEIVA, BERGAMO, ANTUNES, 2006, p. 98). Dentre as doenças selecionadas, estão o câncer e a diabetes. Abaixo, algumas orientações para o paciente na relação com o médico e nos cuidados com a sua saúde.

O PACIENTE RECEBE UM DIAGNÓSTICO DE PRÉ-DIABETES

Se o médico concluir que não há necessidade de iniciar um tratamento, o paciente deve se contentar com essa orientação?

Não. Mesmo nos casos mais brandos da doença, o médico no mínimo indicará uma dieta, que deverá ser acompanhada de perto. Se não funcionar, será necessário recorrer a remédios antidiabéticos orais, para o controle da taxa de açúcar.

O PACIENTE RECEBE UM DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Ele deve submeter-se a exames cardíacos?

Se o médico não pedir exames como o teste de esforço e o ecocardiograma, discorde. O diabetes aumenta em pelo menos três vezes o risco de um infarto. Em muitos casos, portanto, esses exames salvam a vida do paciente.

Figura 2: Diagnóstico
Fonte: Neiva, Bergamo, Antunes, 2006

CÂNCER DE PRÓSTATA

Depois da biópsia, o médico não tem dúvida e recomenda uma cirurgia. Vale a pena argumentar?

Sim, e muito. O câncer de próstata é um dos grandes desafios da medicina atual. Os exames não dão resultado apenas negativo ou positivo. Existem dezenas de variáveis que tornam a abordagem desse câncer muito complexa. Discuta com seu médico qual a gradação do seu câncer na escala Gleason. Pergunte so-

Figura 3: Relação médico-paciente
Fonte: Neiva, Bergamo, Antunes, 2006

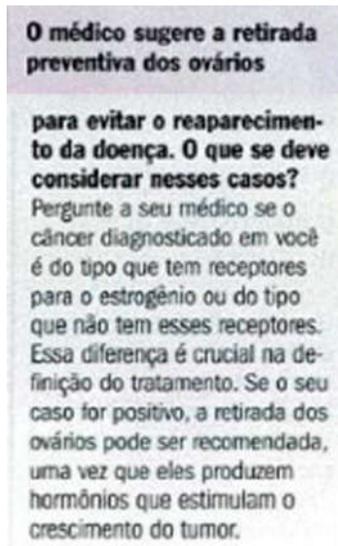


Figura 4: Relação médico-paciente 2
 Fonte: Neiva, Bergamo, Antunes, 2006

A medicina contemporânea lida com as doenças crônicas como principal causa de morte. Dados da Organização Mundial de Saúde revelam que, anualmente, trinta e oito milhões de pessoas diagnosticadas com doenças crônicas morrem em todo o mundo (WHO, 2015). A Organização prevê ainda um aumento percentual nos anos subsequentes, antevendo que em 2020 as doenças crônicas serão causa de 73% de todas as mortes no mundo e corresponderão a 60% da carga global de doenças (WHO, 2016). No Brasil, dados de 2014 revelam que as doenças crônicas são causa de 74% das mortes registradas, sendo as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes as principais recorrências de morte (WHO, 2014).

Quando se tem a tuberculose como uma das principais causas de morte, identifica-se uma íntima relação entre morte e desigualdade social. Quando as mortes mundiais aparecem especialmente vinculadas a doenças crônicas, a desigualdade torna-se função do conhecimento, o controle se dá a partir da gestão dos riscos. A mortalidade passa a estar vinculada ao comportamento individual e a responsabilidade é então transferida especialmente para o indivíduo. A causalidade associada é o fator de risco, a conexão probabilística entre acontecimento anterior e consequência futura.

O conceito de fator de risco, originado na modernidade, residia na objetivação do perigo colocado pela psiquiatria e pela medicina higienista do século XIX. Em meados do século XX,

a objetivação do perigo aparece associada ao surgimento da epidemiologia dos fatores de risco, resultando não mais da identificação de um perigo concreto, mas da probabilidade de sua existência e da prevenção da frequência de comportamentos indesejados que podem levar ao perigo.

O fator de risco designa o que aumenta a probabilidade de um indivíduo contrair uma doença, pode ser um hábito e/ou uma predisposição genética. Não é causa suficiente nem necessária de enfermidade futura – é um nexó probabilístico – e, além disso, pode haver um intervalo longo entre a exposição ao fator de risco e o aparecimento da doença (VAZ, 2006; 2010). O diagnóstico dos riscos é a forma proposta pela cultura contemporânea de antecipar e evitar um futuro indesejável. A objetivação do perigo permite sua subjetivação como informação sobre os riscos associados a práticas individuais.

A medicina contemporânea ultrapassa o caráter meramente curativo e propõe como meta a prevenção, a identificação e a intervenção técnica anterior ao advento da doença. Enquanto na modernidade o indivíduo buscava o médico a partir do aparecimento dos primeiros sintomas, hoje, com o avanço das tecnologias de diagnóstico e *screening*, bem como com a descoberta das “doenças silenciosas” – em que em que a maior parte da população é assintomática ou minimamente sintomática –, verifica-se, mesmo sem a experiência da dor ou do sintoma, a identificação da enfermidade em si ou da categoria grupo de risco através da avaliação médica, dos exames clínicos, laboratoriais e de imagem, com a consequente classificação dos indivíduos a partir de diretrizes e protocolos clínicos.

Para Lupton (1993), o discurso do risco na saúde pública pode ser dividido em duas categorias, que demandariam mais ou menos responsabilidade individual a partir do tipo de perigo. A primeira concebe o risco como ameaça para a saúde de populações expostas a perigos ambientais. A ameaça, neste caso, seria externa e o indivíduo teria pouco controle sobre a mesma. A segunda abordagem trata o risco à saúde como consequência de escolhas de estilo de vida feitas pelo próprio indivíduo, enfatizando com isso a capacidade do controle individual sobre o risco. Neste sentido, indivíduos são estimulados por discursos oficiais da promoção da saúde a avaliarem o risco de contrair a doença para, a partir daí, efetuarem mudanças em seu comportamento.

A avaliação de risco relativo ao estilo de vida é realizada através de cálculos e programas de *screening* do risco à saúde. Imbuídos de racionalidade técnico-científica, os cálculos são acionados para legitimar o discurso do risco à saúde em associação ao estilo de vida individual. As campanhas de educação de saúde na mídia visam, assim, advertir o indivíduo sobre os riscos

à saúde, partindo do entendimento de que conhecimento e *awareness* sobre o perigo de determinadas práticas resultariam na não adoção das mesmas (LUPTON, 1993).

Com o mapeamento do genoma, a objetivação do perigo alcança maior percepção e aumenta a incorporação ao indivíduo, articulando predisposição genética a hábitos de vida. O corpo contemporâneo, “virtualizado na forma de pesquisas sobre riscos associados a predisposições genéticas e hábitos de vida, é um bem a ser administrado” (VAZ, 1999, p. 169). A probabilidade de concretização de uma predisposição genética pode ser potencializada ou reduzida consoante os hábitos individuais. A junção da genética e da epidemiologia marca o nascimento da *medicina preditiva*. Esta nova fase do saber médico perpassa o indivíduo enfermo. Agora, não apenas o indivíduo com problemas de saúde deve cuidar de sua saúde, pois passam a ser reveladas doenças por vir ou em risco. Estados presente e futuro passam a ser discutidos em termos médicos mesmo sem a experiência de uma doença.

Com a lógica do risco, verifica-se um estreitamento dos limites entre normal e patológico, a partir da generalização da anormalidade e do estado de quase-doença, do cuidado crônico e da idealização do normal. Ao contrário da modernidade, pensada por Foucault (1979; 1988; 2010), em que o normal era majoritário – a apreensão se dava no desvio: o louco, o criminoso, o perverso sexual –, na contemporaneidade, a normalidade é cada vez mais difícil de ser alcançada. No nível do genoma, ninguém é considerado normal, pois estamos todos *sob risco*, somos todos doentes assintomáticos ou pré-sintomáticos, suscetíveis a tratamento. Somos enquadrados em grupos de risco, pela lógica genealógica ou por uma lógica fatorial – combinação de fatores estatísticos associados a uma condição (ROSE, 2009). Um indivíduo saudável qualquer seria apenas “alguém que ignora suas doenças atuais ou virtuais” (TUCHERMAN, CLAIR, 2009, p. 17).

O normal, hoje, passa a ser não apenas o indivíduo que não apresenta sintomas de doenças, mas aquele que apresenta baixa probabilidade de adoecer, que não sofre e não vai morrer cedo. Para alcançar esta normalidade, o indivíduo precisa inserir-se numa lógica de cuidado crônico, sem limites espaciais e temporais (como se tinha nas doenças infectocontagiosas), de alteração de estilo de vida e de privação de prazeres corporais momentâneos.

A medicina contemporânea – de caráter preventivo e preditivo – antecipa as mais prováveis doenças e formas de morrer, a partir do mapeamento de riscos, indicando, com isso, as limitações que devem ser seguidas no presente, com vistas a reduzir os riscos de contrair doenças futuras e de ter uma morte prematura. Ao estabelecer a noção de morte prematura, a medicina define também a hora certa para morrer. Cabe ao indivíduo, portanto, bem gerir a sua

vida para morrer quando a média morre. Este limite temporal pode ser, todavia, constantemente atualizado consoante os avanços da medicina e conforme o comportamento individual – a média de vida de um homem de 60 anos difere se ele é fumante, alcoolista, hipertenso ou se não tem nenhuma doença crônica; de outro modo, os avanços no tratamento do câncer aumentam a sobrevida de novos pacientes.

A relação entre práticas cotidianas e doenças futuras produzida pela medicina e evidenciada pela mídia confere a um futuro provável o estatuto de quase-realidade, colocando o indivíduo como responsável pelos seus próprios atos, devendo, deste modo, guiar suas ações no presente a partir da probabilidade de doenças, sofrimentos e arrependimentos futuros. Caráter duplo: de um lado, é proposto o autocontrole sobre opções de prazer no presente que podem expor ao risco; de outro, propõe-se o investimento tecnológico sobre o corpo em caráter preventivo, seja através de *check-up*, *screening*, uso de medicamentos, exames ou procedimentos cirúrgicos.

Dois núcleos de intervenção na cultura contemporânea: (1) tratar doentes atuais e (2) intervir para evitar o adoecimento futuro, o que conduz à criação da categoria doente virtual, nos termos de Vaz (2010).

3.3.1.1. Modos de habitar tempo

Hoje em dia, quando o sofrimento é sempre lembrado como o primeiro argumento contra a existência, como o seu maior ponto de interrogação, é bom recordar as épocas em que se julgava o contrário, porque não se prescindia do *fazer-sofrer*; e via-se nele um encanto de primeira ordem, um verdadeiro *chamariz à vida* (NIETZSCHE, 2009, p. 52).

Talvez, a dor de outrora não doesse tanto quanto hoje. Conrad (2006) destaca que os médicos encaram o alívio de sofrimentos como parte central de sua missão profissional. Conta que ouviu de médicos a justificativa de prescreverem fármacos psiquiátricos a pacientes porque sofriam de baixa autoestima.

O modo como habitamos tempo é também o modo como lidamos com nossos sofrimentos e conferimos sentidos para eles. Numa cultura marcadamente cristã, identifica-se uma clara relação causal entre passado e presente. Impera a assertiva nietzschiana: *Sufrimento é castigo!* “Onde havia sofrimento devia sempre haver castigo” (NIETZSCHE, 2011, p. 134). Diante de uma existência sem finalidade, o homem sofria não pelo sofrimento em si, mas pela ausência de sentido – *para que sofrer?* Motivos aliviam, destaca Nietzsche (2009). “O homem, o animal mais corajoso e mais habituado ao sofrimento, *não* nega em si o sofrer, ele o *deseja*,

ele o procura inclusive, desde que lhe seja mostrado um *sentido*, um *para quê* no sofrimento” (NIETZSCHE, 2009, p. 139). O ideal ascético oferece um sentido. Para um sofrimento presente, busca-se uma explicação causal no passado *em si mesmo*. O indivíduo sofre hoje por não ter contido seus instintos insurgentes a Deus. Memória persistente e explicativa. A interpretação conduz a um novo sofrimento, mais íntimo, mais profundo, mais intenso: a culpa, enquanto emoção moralizante. O sofrimento é interpretado como punição.

O indivíduo deveria ajoelhar-se e confessar ao sacerdote todas as suas culpas, através de um profundo exame de si. O sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado no interior de uma relação de poder, pois a confissão exigia a presença de um parceiro, que não se tratava de mero interlocutor, mas da instância de poder que requeria a confissão, cabendo a ela a avaliação, o julgamento, a punição, o perdão, o consolo e/ou a reconciliação. O interlocutor ocupava, assim, o lugar de autoridade, tinha poder de exigir a confissão e de determinar se ela foi verdadeira. A verdade era autenticada pelas dificuldades e resistências de expressão do segredo individual (FOUCAULT, 1988).

Isto porque a confissão deveria ser completa, minuciosa e constante. Ela não compreenderia apenas aquilo que o sujeito desejava esconder, mas também aquilo que se escondia ao próprio sujeito e que só podia ser revelado através da relação interrogador-interrogado. Sendo assim, a verdade não estaria no sujeito que fala unicamente, pois só poderia ser completada através daquele que a escuta e é capaz de dizer a verdade obscura ao próprio sujeito (FOUCAULT, 1988). O discurso de verdade adquire efeito não na instância que o recebe, escuta e interroga, mas naquele de quem é extorquida a fala. A confissão aparecia, assim, como procedimento ordenado a partir de uma forma de poder-saber para a produção de verdade sobre, por exemplo, o sexo, objeto de estudo de Foucault (1988).

Durante muito tempo restrita à prática da penitência cristã, a confissão difunde-se e passa a ser evocada por uma série de instituições: família (pais e crianças), escola (alunos e professores), medicina (doentes e psiquiatras) e em âmbito jurídico (delinquentes e peritos). Com isso, aprofunda-se também o conteúdo a ser confessado; não se tratava mais de apenas expor o ato, mas de falar o modo, de reconstituir os pensamentos, as obsessões, as imagens, os desejos e a qualidade do prazer. Antes, não havia registros de arquivo – tinha-se apenas a memória do sacerdote –, mas, com a medicina e a pedagogia, os prazeres sexuais passam a ser registrados. Com isso, os prazeres narrados sustentam um discurso de verdade sobre si, que não estava mais ligado ao pecado e à salvação, mas ao corpo e à vida. Constituíam-se, assim, uma ciência-confissão. Do registro da culpa e do pecado para o regime do normal e do patológico.

No século XIX, a medicina teceu uma grande rede de causalidade sexual, de modo que não havia doença ou distúrbio que não tivesse alguma etiologia sexual. Tudo deveria ser narrado em seus mínimos detalhes, pois o acontecimento mais sutil na conduta sexual poderia desencadear consequências diversas ao longo da vida (FOUCAULT, 1988). Esta causalidade reforça a crença no sujeito e na responsabilidade do indivíduo pelo sofrimento.

A culpa baseia-se na internalização da base moral e na consciência de si, na internalização e identificação com a audiência, independente do olhar externo do Outro. (BENEDICT, 1967). Numa cultura da culpa, o sofrimento é associado a atos imorais praticados pelos indivíduos. Neste sentido, tanto uma ação passada é interpretada como causa para um sofrimento presente, quanto uma ação moral no presente é interpretada como esperança de não sofrer no futuro. As fórmulas morais são, portanto: (i) sofro por minha culpa; e (ii) devo conter-me – seja os instintos pecaminosos e/ou atos imorais – no presente para não sofrer no futuro.

As ordens do tempo variam conforme épocas e lugares. Comparar diferentes regimes de historicidade é comparar modos de experiência no tempo. Cada época estipula modos de agir e de relacionar-se entre eventos passados e possibilidades futuras. Se antes, a real felicidade só podia ser alcançada após a morte no paraíso celestial, uma das singularidades da cultura contemporânea é a busca por uma felicidade no presente. A felicidade torna-se fim, a ser buscado por cada indivíduo.

Koselleck (2006) propõe duas categorias, que entrelaçam o passado e o futuro, para pensarmos o tempo histórico: experiência e expectativa ou espaço de experiência e horizonte de expectativa. Em cada presente, passado e futuro estariam relacionados. A experiência se refere ao passado *atual*, no qual foram incorporados acontecimentos e dos quais é possível lembrar. Na experiência individual (elaboração racional + formas inconscientes de comportamento passado) transmitidas por gerações e instituições, há também uma experiência alheia. Tem caráter espacial porque abarca diversos estratos de tempos passados da vida própria e de outros.

A expectativa, também ligada à pessoa e ao interpessoal, é realizada no hoje, é futuro presente, ligada a um ainda-não, não experimentado, mas possível de ser previsto. A expectativa é, assim, constituída de esperança e medo, desejo e vontade, inquietude e análise racional. Koselleck adota a noção de horizonte de expectativa pelo termo horizonte carregar o sentido de um espaço ainda não passível de ser contemplado.

Na doutrina cristã, o futuro era atrelado ao passado. Experiência e expectativa não estavam separadas. As expectativas eram projetadas para o mundo além. Isto mudou quando o horizonte de expectativa se tornou o progresso. No lugar de uma perfeição atingida no paraíso

futuro, entrava em cena projetos de melhoramento da existência neste mundo. Com o progresso, as expectativas se distanciam das experiências. Num mundo que se transformava tecnicamente, as experiências anteriores já não fundamentavam satisfatoriamente as novas expectativas geradas (KOSELLECH, 2006). Na modernidade, presente era lugar de questionar o passado e o futuro era lugar de realização.

O século XX aliou futurismo (dominação do ponto de vista do futuro) e presentismo (primazia do presente). Se de início, observa-se um século mais futurista que presentista, ao final identifica-se um movimento inverso. A ascensão de uma sociedade de consumo, científica e tecnológica, associada as exigências de maior produtividade, flexibilidade e mobilidade, imprimem ao tempo presente uma força cada vez maior. Parece não caber mais a descrição do presente como uma quebra entre os dois tempos, anterior e posterior. O presente hoje é determinado por ele mesmo (HARTOG, 2013).

O horizonte não é mais o futuro, mas o presente. Futuro não é mais projeto, nem lugar da utopia. A experiência contemporânea é de um presente perpétuo que busca produzir para si seu próprio tempo histórico. O presente “produz diariamente o passado e o futuro de que sempre precisa, um dia após o outro, e valoriza o imediato” (HARTOG, 2013, p. 148). Todo passado e todo futuro são passados e futuros de um presente.

Hoje, pensando especificamente no contexto terapêutico e de cuidado de si, pode-se argumentar, na linha de Hartog, uma dupla dívida entre passado e futuro a partir dos conceitos do trauma e do risco. Primeiro, sob a lógica do trauma, reconstrói-se o passado a partir dos valores do presente. O passado é avaliado e ressignificado a partir de sentidos do tempo presente, aparece como explicação causal para sofrimento atual, conferindo identidade a sofredores. Como exemplo, cita-se adultos que, a partir de valores contemporâneos, interpretam que sofreram *bullying* na infância e evocam esta categoria psicológica para explicar seus sofrimentos presentes com baixa autoestima.

Presente hoje é técnica, o futuro é risco. O presente age sobre o futuro na ânsia de controlar possibilidades. A relação causal entre tempos confere a um futuro provável o estatuto de quase-realidade, com a proposição de modos de agir e de pensar sobre si, seus desejos, suas ações e responsabilidades. A antecipação do futuro é o modo de delimitar as ações presentes, pois o entendimento sobre o que o futuro deve ser é o modo de construir o futuro almejado. A aposta num futuro ao alcance da ação humana produz, assim, efeitos no presente. O investimento do futuro sobre o presente é um modo de restringir as possibilidades de ser. De modo evidente, o tempo real presente determina causalmente o tempo virtual futuro. O risco, mesmo na condição de um porvir ameaçador ainda não identificado, *já é presente*.

O fator de risco transforma a experiência subjetiva da doença e a experiência do possível. A apreensão do possível, através do conceito de fator de risco, não se dá como saída para as limitações do presente, como abertura para as possibilidades diversas de ser. Mais do que mil e uma maneiras de viver, o conceito aponta para as inúmeras possibilidades de morrer. O possível é formulado cientificamente. A definição científica das possibilidades futuras visa tornar o futuro tão limitador e irreversível quanto as escolhas passadas. O modo de viver, orientado pelo risco, baseia-se na restrição das possibilidades e não na sua invenção. A antecipação do futuro para propor compromisso também pode ser entendida como modo de estabilizar os valores do presente, na tentativa de diminuir o confronto com valores outros. Ao propor o compromisso, a antecipação eterniza os valores do presente (VAZ, 1999; 2002).

Numa cultura do risco, como se dá a distribuição de responsabilidade nos sofrimentos e quais sofrimentos são selecionados como sendo ao alcance da ação humana? O conceito de fator de risco propõe um nexos probabilístico entre advento de doenças e estilo de vida, como práticas de prazer na alimentação, no consumo de bebidas alcoólicas e de drogas. Nesta equação, a responsabilidade recai sobre o indivíduo na capacidade que tem de mudar seu estilo de vida e suas práticas cotidianas a partir do conhecimento e da adoção das recomendações médicas. O futuro também aparece como calculável e como dependente da ação do indivíduo, que é novamente responsável pela ascense, associada a prazeres corporais (lembre-se aqui das limitações das práticas sexuais na modernidade). No sofrimento oriundo de uma doença crônica como a hipertensão, constrói-se uma causalidade entre o advento e o escape ao alcance da ação humana – o indivíduo deveria ter contido seus hábitos cotidianos e não ter consumido em excesso álcool e alimentos salgados.

Neste sentido, Vaz (2006) argumenta que a noção de fator de risco recupera a crença “sofrimento é castigo”, com a pressuposição de que toda falha moral recebeu ou receberá punição futura. Seguindo este entendimento do saber médico contemporâneo, o indivíduo que não cuida de sua saúde contrai uma *dívida*, que poderá ser cobrada adiante na forma de doença ou morte prematura. Tal associação pode ser facilmente identificada em reportagens jornalísticas sobre a alimentação e patologias advindas de seu consumo excessivo e ainda em matérias recentes sobre o câncer, como a reportagem de capa da *Veja* sobre o diagnóstico do ex-presidente Lula (LOPES, 2011).

O câncer de laringe está ligado a quatro principais fatores de risco, nesta ordem: cigarro, álcool, genética e refluxo gástrico. O tabagismo aumenta a probabilidade de desenvolvimento da doença em 10 vezes. Lula fumou por cinquenta anos. Fumante inveterado chegou a consumir dois maços de cigarro por dia, nas últimas décadas [...] Para os médicos, o ex-presidente diz ter abandonado por completo o vício em 28 de janeiro de 2010. Naquele dia, Lula teve de desistir de uma viagem a Davos, na Suíça, onde receberia o prêmio de estadista do ano concedido pelo Fórum Econômico Mundial, por causa de uma crise de hipertensão, uma condição associada ao cigarro. O ex-presidente sofre também de refluxo gástrico, condição em que os ácidos estomacais sobem e queimam os tecidos do esôfago e da laringe. Quanta à bebida aprecia uísque, cachaça e cerveja (LOPES, 2011, p. 82).

O ex-presidente Lula se enquadra no grupo de risco de todos os quatro principais fatores do câncer de laringe, pois, além dos citados acima, o seu irmão Jaime teve câncer na região da garganta em 2007. Um *box* na matéria evidencia a correlação entre o desenvolvimento da enfermidade e o estilo de vida de Lula.

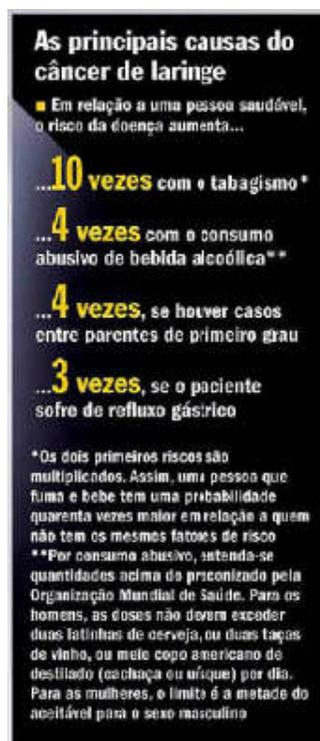


Figura 5: Box fator de risco
 Fonte: Lopes, 2011

A reportagem exemplifica claramente as discussões teóricas sobre a individualização no cuidado com a saúde e o jogo entre prazer momentâneo e risco futuro. Sugere-se a responsabilização de Lula pelo desenvolvimento do seu câncer de laringe, em virtude dos seus padrões de comportamento, do descuido em relação à sua saúde e da sua opção pelos prazeres

momentâneos – álcool, cigarro, alimentação e carnaval – sem preocupar-se com as consequências futuras.

Além das práticas não saudáveis do álcool e cigarro, Lula é ainda “avesso aos cuidados médicos e, não raro, adia exames exigidos pelos especialistas” (LOPES, 2011, p. 82). No início da reportagem, Lopes (2011) narra que Lula já sentia leves, porém persistentes, dores na garganta e rouquidão na voz há dois meses, tendo ainda cuspidado catarro com sangue dias antes da festa de seu aniversário. Mesmo assim, ainda não havia procurado ajuda médica. Mais: mesmo diante da orientação de seu médico – ali presente na celebração de seu aniversário – para que realizasse um *check-up* completo no dia seguinte, Lula telefonou no dia marcado avisando que acompanharia sua esposa, Marisa, na realização de uma tomografia, mas não iria se submeter a exames. O ex-presidente queria realizar os exames médicos apenas após o carnaval – se a espera tivesse se concretizado, “Lula teria de enfrentar um inimigo praticamente invencível” (LOPES, 2011, p. 81). Em suma: um exímio descuidado, que opta por prazeres momentâneos sem preocupar-se com riscos futuros advindos de suas escolhas. A consequência: preocupação e sofrimento advindo do diagnóstico do câncer, como revela fotografia da capa. Agora, Lula “vem se revelando um paciente obediente” (LOPES, 2011, p. 82).



Figura 6: Capa Veja Lula
Fonte: Lopes, 2011

Os textos jornalísticos sobre fatores de risco, ao construírem relação de causalidade entre o advento da doença e a opção pelo prazer descuidado, parecem ser regras morais,

correlacionando sofrimento a castigo. Segundo esta construção, o sofrimento de Lula seria evitável e consequência de suas ações individuais. A percepção das regras morais cabe ainda na valoração sobre o comportamento da esposa, Marisa, que, mesmo diante do diagnóstico do marido e da “batalha” do mesmo contra “o grande adversário: o câncer” (título da matéria), ainda persiste consumindo cigarros.

Marisa ainda mantém o hábito, tragando, em média, vinte cigarros por dia. No dia em que o ex-presidente teve alta, em 1º de novembro, ela apareceu na janela (fechada) do apartamento de São Bernardo do Campo ajeitando uma cortina com um cigarro entre os lábios (LOPES, 2011, p. 82).

A legenda complementa a postura valorativa: “De janela fechada. Lula diz que largou o cigarro em 2010, mas sua mulher, Marisa, mantém-se fiel ao vício, como se vê na foto de 1º de novembro, dia em que o ex-presidente voltou para casa depois do início da primeira sessão de quimioterapia”. Como se vê, a mídia assume na contemporaneidade o papel de quem avalia e orienta os indivíduos sobre seus modos de agir, de ser, de cuidar do corpo, da mente e da saúde. Convém destacar que o uso da palavra “vítima” foi corrente em outras reportagens de câncer da revista. Quando se trata de Lula, a relação com o advento da doença é outra.



Figura 7: Marisa na janela
Fonte: Lopes, 2011

Por outro lado, uma vida saudável recebe o *crédito* com a recompensa futura de prazer duradouro e longevidade (VAZ, 2006). O resultado pode ser reiterar a aproximação entre medicina e religião – a igreja ameaça o pecador com o inferno e os médicos advertem sobre os riscos de determinados estilos de vida e padrões de comportamento para doenças e/ou morte.

De um lado, a autoridade de Deus e da Igreja com a promessa do paraíso e o castigo do inferno; de outro, a autoridade do homem e da ciência, a recompensa da permanência em vida e a punição de uma morte prematura.

De tal movimento de responsabilização e relação causal entre os tempos, pode derivar, de modo semelhante ao descrito pelo personagem de Kafka, a culpabilização pelas escolhas presentes e/ou ações passadas. Diante do diagnóstico no presente de uma enfermidade, o indivíduo pode avaliar suas ações passadas segundo uma moral preventiva, julgando que poderia ter cuidado mais de sua saúde: não ter fumado, ter consumido menos bebidas alcoólicas, ter comido alimentos orgânicos e menos feijoadas... De modo semelhante, diante da escolha por não intervir preventivamente no tempo presente, pode culpabilizar-se no futuro diante do advento de um câncer. A função moral da noção de fator de risco, salienta Vaz (2010), é antecipar arrependimentos. Agir agora para evitar arrependimentos futuros, em virtude das enfermidades que possa vir a ter.

A responsabilização do indivíduo aparece não apenas associada ao advento da doença, mas também ao tratamento – uma vez que tenha sido feito o diagnóstico. A terapêutica das doenças crônicas inclui não apenas o uso de medicamentos, mas também a mudança de estilo de vida (hábitos alimentares e práticas de exercícios físicos), um ponto evidenciado por muitos pacientes como mais difícil de ser seguido e que pode aparecer mais associado à responsabilidade individual. Pode-se argumentar, por exemplo, que, enquanto o uso de medicamento exige uma condição financeira para a compra, uma caminhada diária de trinta minutos depende apenas do indivíduo – visão claramente simplista sobre o papel do paciente na adesão à terapêutica, que desconsidera a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adesão, conforme concepção multifatorial da Organização Mundial de Saúde.

No caso da experiência das doenças orgânicas de caráter crônico, a fórmula explicativa para o sofrimento parece ter caráter duplo. A frase “sofro por minha culpa” compreenderia a responsabilização individual pelas práticas cotidianas, estilo de vida, deslizes no diagnóstico e no tratamento. Já a fórmula “sofro por culpa do outro” abrangeria dois causadores do sofrimento: (i) o Estado – o descaso com a saúde pública e as dificuldades enfrentadas por pacientes atendidos pelo setor público de saúde no diagnóstico e tratamento das doenças, e (ii) o preconceituoso, com seu julgamento, que pode acarretar vergonha e limitação de práticas individuais. Em conversas informais, uma paciente hipertensa narrou que se depara com um olhar preconceituoso dos colegas de trabalho quando ela expõe a necessidade de usar o medicamento para pressão e de restringir hábitos alimentares; outra paciente diagnosticada com câncer expõe que a parte mais difícil de ter esta doença é o olhar do outro sobre si, em caráter

juiz pela associação – marcadamente de cunho religioso – do câncer com punição, que, em seu próprio entender, culmina na apreensão da culpa individual pelo advento da doença. O preconceito pode afetar também o diagnóstico, como no caso do câncer de próstata em que a resistência masculina de fazer o exame de toque correntemente atrapalha a detecção precoce da doença.

Na distância do preconceituoso, para recuperar Vaz (2015), tem-se observado com frequência movimentos de mulheres com câncer de mama para liberação do lenço, exposição da careca e das cicatrizes cirúrgicas. É possível argumentar que, em tais movimentos, haveria uma passagem da culpa à vergonha reflexiva, conceito desenvolvido por Vaz (2014a) para dar conta de uma vergonha autorreferencial, da vergonha de ter tido vergonha.

*

PRAZER *VERSUS* RISCO

Quando se tem a medicina como orientadora de modos de pensar sobre si, suas ações e as práticas de cuidado de si, não há como ter certeza do castigo, nem da recompensa. Pode-se realizar mastectomia preventiva e, mesmo assim, ainda ter câncer adiante ou optar por uma quimioprevenção e adquirir problemas de saúde futuros decorrentes de sessões realizadas em caráter preventivo; ou, de outro modo, diante da predisposição genética, pode-se optar por não intervir em seu corpo e, ainda assim, não ter câncer adiante. Trata-se de um saber humano e, portanto, falível, passível de erro.

A inquietude do sujeito contemporâneo se desdobra entre um cuidado subjetivo, com vistas a evitar doença futura e morte prematura decorrente da exposição ao risco, *versus* a opção por prazeres momentâneos. A escolha é entre o certo e o incerto, categorias constantemente renovadas e que abarcam uma certeza na incerteza. A certeza de prazer próximo diante da exposição ao risco e a incerteza de prazer futuro, se formos moderados; a certeza de enquadramento no grupo de risco para advento de um câncer é acompanhada da incerteza de seu advento; a opção pela certeza – certo no incerto – de uma vida saudável é acompanhada da possibilidade de uma morte prematura e ainda da incerteza de arrependimento futuro; a certeza do prazer momentâneo, ligado a práticas mais desregradas de alimentação, álcool e/ou sexo, é acompanhada da incerteza de doença e, assim, arrependimento futuro.

A incerteza é tanto do advento da enfermidade quanto do arrependimento futuro. “A incerteza perturba a moralidade” (VAZ, 2010, p. 145). No futuro, diante de uma vida regrada,

marcada pela cautela, racionalização sobre os riscos e autocontrole, o indivíduo pode avaliar que deveria ter aproveitado mais – “devia ter arriscado mais/ e até errado mais/ ter feito o que eu queria fazer” (Epitáfio/Titãs). Afinal, o discurso médico não é o único orientador dos modos de vida na contemporaneidade; o hedonismo e o capitalismo de consumo também orientam a produção de subjetividades.

Na sociedade de controle, a dívida não compreende mais a identidade. O sacrifício não visa mais a conformação à normalidade, mas manter-se em vida consumindo, tendo prazer por mais tempo. A constituição da dívida se dá no e pelo consumo, afinal, a felicidade, enquanto dever de todo indivíduo, é concretizada no bem-estar propiciado pelo consumo. O único modo de escapar é através do desemprego ou da morte. O jogo seria, neste sentido, entre um prazer momentâneo e a ameaça da continuidade de prazer. O benefício alcançado pelas ações cautelosas e conscientes a partir dos riscos que delas derivariam seria, deste modo, o prolongamento da vida com prazeres por mais tempo – viver consumindo por mais tempo. A “única recompensa de uma renúncia ao prazer é a sua renovação” (VAZ, 1999, p. 172). A ausência de hierarquia e de diferença qualitativa entre as formas de prazer momentânea e futura (caso opte pela contenção hoje) conduz a reflexões individuais: e por que não optar pelo hoje? E para que se conter? A cultura de consumo prioriza o presente, e não o projeto futuro.

Assim, embora a cultura do risco preconize a contenção dos prazeres, esta recomendação é “contrabalançada, internamente, pela incerteza do futuro implícita na forma de causalidade e, externamente, pela incitação ao consumo e pela ausência de hierarquia entre prazer da renúncia e aquele da recompensa” (VAZ, 2010, p. 146). Além disso,

A dificuldade do indivíduo hoje é a de se situar entre a sensação de uma imensa impotência – somos constituídos e atravessados por riscos, ameaçados de dependência, insignificantes diante das mudanças aceleradas provocadas pelas tecnologias no mundo do trabalho e encontramos dificuldades para estabelecermos alianças uns com os outros visando mudanças sociais – e a solicitação social de que sejamos responsáveis por nossa vida e morte. Impotência e responsabilidade que bem se articulam com a crise das instituições estatais anteriormente responsáveis pela educação, trabalho e saúde (VAZ, 1999, p. 174).

Diante das incertezas da cultura contemporânea, o discurso do risco aparece como elemento para ação racional. A ação no presente orientada por camadas de virtualidade e por probabilidades, tal qual a experiência narrada pelo personagem de Kafka, é acompanhada pela crença – ainda que provisória – na capacidade de orientação do futuro.

3.3.1.2. Doença crônica e risco: pensando a *experiência* na contemporaneidade

A maior prevalência das doenças crônicas, as constantes alterações dos limiares saudável/enfermo, com a inclusão das noções de pré-doença e da categoria *sob risco*, associada às novas tecnologias de diagnóstico e de *screening*, provocam alterações na relação do indivíduo com seu corpo, nos modos de pensar sobre si e na experiência da doença. Até aqui, discutiu-se sobre as mudanças nos limites entre normal e patológico, impulsionadas pelas medicinas preditiva e preventiva com suas diretrizes médicas e novo estilo de vigilância médica que propõe um cuidado crônico com a saúde individual.

Aronowitz (2009) atenta, todavia, para a pouca atenção que tem sido despendida a respeito da experiência do paciente crônico. O autor destaca uma profunda mudança nos indivíduos enquadrados como doentes crônicos e na experiência da doença em si. Em muitos casos, a doença crônica tornou-se “um tipo de estado de risco em que o diagnóstico, o tratamento e a ‘gestão da doença’ são dirigidos a reduzir as probabilidades de evoluções previstas e temidas”⁵ (ARONOWITZ, 2009, p. 419, tradução minha). Tal mudança resultou numa experiência convergente do risco e da doença crônica.

Categoriza-se, assim, dois modos centrais de experiência da doença crônica na contemporaneidade: (i) a experiência da doença crônica e seu caráter de risco e (ii) a experiência de estar *sob risco* convergida na experiência da doença crônica. De um lado, a experiência da doença crônica tem se assemelhado cada vez mais à experiência dos indivíduos *sob risco*. De outro, encontra-se maior número de indivíduos mobilizados em torno da probabilidade de aquisição de uma doença e a experiência do risco cada vez mais próxima da experiência da doença em si. Na cultura contemporânea, verifica-se uma mudança não apenas no modo como os processos de saúde e doença são definidos, rotulados e geridos, mas também no modo como são experienciados. A noção de experiência aqui é pensada, a partir de Foucault (1984, p. 10, tradução minha), como “correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade”⁶.

⁵ Texto original: “a kind of risk state in which diagnosis, treatment, and ‘disease management’ are directed at reducing the chances of anticipated, feared developments”.

⁶ Texto original: “La corrélation, dans une culture, entre domaines de savoir, types de normativité et forms de subjectivité”.

A) Experiência da doença crônica *risky*

A experiência da doença crônica tem se tornado *de risco* em função do receio de problemas futuros advindos de intervenções médicas realizadas no tratamento da doença ou do aparecimento de outros problemas patológicos ligados à doença primária. Dois exemplos: no primeiro caso, complicações futuras provenientes de quimioterapia ou radioterapia no tratamento do câncer ou receio de novos cânceres provenientes do tratamento do primeiro; no segundo caso, pacientes de diabetes podem enfrentar problemas de saúde futuros nos órgãos alvos (rins, coração, olhos e nervos), decorrentes da falta de controle devido da doença primária. Aronowitz (2009) adota o termo “vida em risco”, referindo-se ao medo constante, à contínua autovigilância dos corpos e à crescente demanda por exames e avaliações médicas.

Para Aronowitz (2009), a gestão do risco tem se tornado um aspecto dominante na experiência da doença crônica em decorrência de cinco fatores: novas intervenções clínicas que mudaram o histórico natural da doença; aumento do conhecimento biológico, clínico e epidemiológico sobre o risco da doença crônica; recrutamento de maior número de pessoas em diagnósticos de doenças crônicas via novo *screening*, tecnologia diagnóstica e definições de doenças; novas maneiras de conceituar eficácia; intensos testes diagnósticos e intervenções médicas (ARONOWITZ, 2009).

No início do século XX, diversas doenças foram transformadas por intervenções que removeram ou aliviaram sinais e sintomas, mas não erradicaram totalmente a doença. Basta pensar na grande transformação que a insulina provocou na experiência da diabetes. A expectativa de vida dos pacientes foi drasticamente transformada de meses ou anos para décadas. Os pacientes, entretanto, não experimentam a cura da doença em si, mas um tratamento constante, sujeito a constante vigilância, controle por meio de testes e adesão à terapia medicamentosa, preocupação permanente com a saúde, com os riscos associados ao uso de medicamentos e com modificações no estilo de vida.

Com o avanço do conhecimento biológico, clínico e epidemiológico dos riscos das doenças crônicas, ampliou-se o entendimento sobre a história natural e o mecanismo da doença, bem como sobre a associação entre testes (laboratoriais, radiológicos e outros), a etiologia (estudo das causas e fatores) e o prognóstico da doença. O maior conhecimento possibilitou também criar associações entre diferentes enfermidades. De modo mais claro, tornou possível identificar que determinadas condições de saúde podem acarretar no advento de outras enfermidades. Por exemplo, sabendo que pacientes com doenças inflamatórias do intestino têm risco acrescido de desenvolvimento do câncer de colo, os médicos podem aumentar esforços de

prevenção secundária do câncer. Nos termos de Aronowitz (2009, p. 424, tradução minha), a prevenção secundária⁷ é “a detecção precoce da doença ou outros esforços para evitar os efeitos prejudiciais da progressão da doença”⁸. Como consequência da prevenção secundária, quase todos os pacientes com doença inflamatória do intestino são incitados a realizar anualmente o exame diagnóstico de colonoscopia e, por vezes, a se submeter a uma cirurgia profilática.

Com a criação e a difusão de tecnologias de *screening* e diagnóstico mais sensíveis para detecção, definições cada vez mais cedo de estados patológicos e redução dos limiares de diagnósticos clínicos, novos indivíduos estão sendo enquadrados na categoria de doentes crônicos. Um exemplo são as tecnologias mais sensíveis para a detecção do câncer de mama. Aronowitz (2009) argumenta que o câncer é a principal doença de risco, tendo sido entendida e experienciada ao longo dos anos como um encontro com crescentes perigos à saúde, que culminam em dor, sofrimento e morte, sendo, assim, muito temida e submetida a inúmeras intervenções médicas para seu diagnóstico precoce e tratamento. Com a evolução da medicina e o aumento da sobrevivência do câncer, surgiu uma nova categoria de experiência da doença: *o sobrevivente do câncer*. É uma nova experiência do risco da doença, pois passa-se a lidar com os riscos futuros experienciados pelos pacientes de câncer após finalização do tratamento inicial (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia), tais como: toxicidade cardíaca, disfunção endócrina, distúrbios neurológicos, doença pulmonar, doença renal, problemas auditivos e o mais temido: um novo câncer.

Em reportagem de *Veja*, Cuminale (2016b) narra a história de Ângela Jung. Mesmo com o câncer em estágio inicial, com a realização da cirurgia de mama e a submissão a radioterapia e hormonioterapia, consoante orientações médicas, Ângela Jung ainda permanecia insegura sobre a doença. Solicitou, então, aos médicos a realização complementar da quimioterapia. Ela optou por um método com duração de oito meses e rigorosos efeitos colaterais, sem indicação médica, apenas em caráter preventivo, na tentativa de controlar riscos associados à doença (CUMINALE, 2016b).

⁷ A prevenção primária compreenderia os esforços para evitar a doença em primeiro lugar.

⁸ Texto original: “the early detection of disease or other efforts to ward off the harmful effects of disease progression”.

“CADA UM REAGE A SEU MODO”

“Meu tumor de mama estava em estágio extremamente inicial quando foi detectado por um ultrassom. Meus médicos então indicaram uma cirurgia, além de radioterapia e hormonoterapia. Mas não achei suficiente. Queria um pouco mais. Perguntei se haveria problema se fizesse também uma quimioterapia. Eles autorizaram. Foram oito meses de enjoos e queda de cabelo. Hoje estou curada. Pode ser que tenha feito tudo em vão, que a doença tivesse sumido mesmo sem a quimio. Mas não me arrependo de nada. Quis me cercar de todas as maneiras para me proteger. Cada um reage à doença a seu modo. Eu não queria fazer menos.”

ANGELA JUNG, 49 anos, psicóloga gaúcha, diagnosticada há dez anos (no fundo, imagem ampliada de um câncer de mama)



Figura 8: Depoimento paciente 1
Fonte: Cuminale, 2016b

O câncer, doença carregada de metáforas e bastante associada à morte, durante muito tempo nem sequer era pronunciado, sendo muito comum referir-se a ele como “aquela doença” ou “aquele problema”. Antes mesmo da própria palavra “câncer”, Sophie Sabbage (2017, p. 39) aborda que chegam ao paciente os significados: “sofrimento, angústia, morte, queda de cabelo, perda de dignidade, vômitos degradantes, injustiça, debilitação, descontrole, incurável, luta, guerra, lição de vida, carma ruim, fraqueza, castigo, dor, desgraça, incapacidade e morte prolongada, inevitável, dolorosa e terrível”. Em seu livro de cunho autobiográfico, Sabbage (2017) conta que, nos primeiros dias após o diagnóstico, repetia incessantemente “tenho câncer... tenho câncer... tenho câncer”. Concluiu, então: “precisava aceitar a doença sem me

render aos seus significados, encarar a realidade de minha situação sem me deixar consumir pelas narrativas sobre ela, enfrentar a verdade de minha experiência – não as histórias de minha cultura [...]” (SABBAGE, 2017, p. 40)

Uma dor na coluna era, na verdade, um câncer de pulmão metastático, estágio IV. “Era como se o próprio conhecimento estivesse me matando” (SABBAGE, 2017, p. 18). O saber sobre o câncer, concretizado e ampliado a cada novo exame realizado e a cada novo diagnóstico recebido sobre a extensão e os órgãos comprometidos, diminuía, em suas palavras, sua “força vital”. Complementa: “A base do câncer é o medo. Ele chega, anuncia sua morte [...] Se eu tivesse acreditado em tudo que passou pela minha mente quando fui diagnosticada, duvido muito que estivesse viva hoje. Eu tinha certeza que morreria em poucos meses” (SABBAGE, 2017, pp. 121-122).

Após submeter-se ao tratamento, de todas as metástases terem desaparecido e de ter tido uma redução considerável no pulmão (cerca de 65%), a paciente narra a experiência *risky* de *ter* um câncer: “vivo a recorrente possibilidade de o câncer sofrer uma mutação e marchar como um exército através de meu corpo mais uma vez [...] Minha doença, sem dúvida ainda pode me matar. Na realidade, se eu considerar as estatísticas, as previsões e as probabilidades de quem tem câncer de pulmão estágio IV, sou um caso perdido” (SABBAGE, 2017, p. 23). Viver com câncer, complementa, “significa ver a própria mortalidade no espelho e escolher de acordo com ela, como se cada segundo contasse” (SABBAGE, 2017, p. 94).

Para cada doença crônica, dada suas particularidades, identifica-se uma experiência de risco singular e um modo específico de lidar com a morte. A diabetes mellitus, popularmente conhecida como diabetes, é uma doença crônica em que o organismo não fabrica insulina ou não emprega adequadamente a insulina produzida, o que provoca um aumento da quantidade de glicose no sangue. O tratamento da diabetes tipo 1 inclui o uso de medicamentos, o planejamento alimentar e a prática de exercícios físicos. A diabetes tipo 2 – 90% dos pacientes – pode ser controlada por atividade física e planejamento alimentar, mas em alguns casos exige também o uso de insulina e/ou outros medicamentos para o controle das taxas de glicose (SBD, 2017).

Nas reportagens analisadas, uma estratégia adotada é apontar alta prevalência na sociedade, acompanhada de um subdiagnóstico e subtratamento (como PASTORE, NEIVA, 2003; BUCHALLA, 2003). Em 1985, havia 30 milhões de diabéticos no mundo; em 2003 havia mais de 170 milhões. No Brasil, calculava-se 10 milhões de doentes, mas metade deles não teria conhecimento do seu diagnóstico (PASTORE, NEIVA, 2003; BUCHALLA, 2003). Dos que sabiam, mais de 20% não buscavam tratamento (BUCHALLA, 2003).

Pastore e Neiva (2003) convidam, assim, o leitor a ler os sintomas da doença, conduzindo para uma autoavaliação da condição de saúde e, caso se identifique com os sintomas, para a busca de realização de exames.

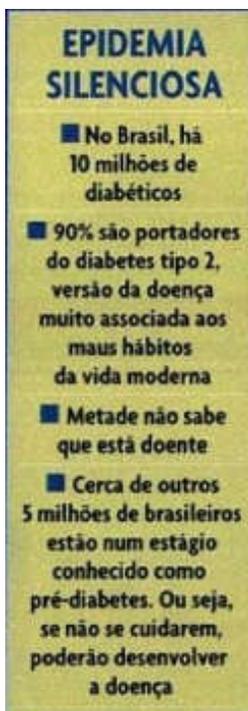


Figura 9: Epidemia silenciosa
Fonte: PASTORE, NEIVA, 2003

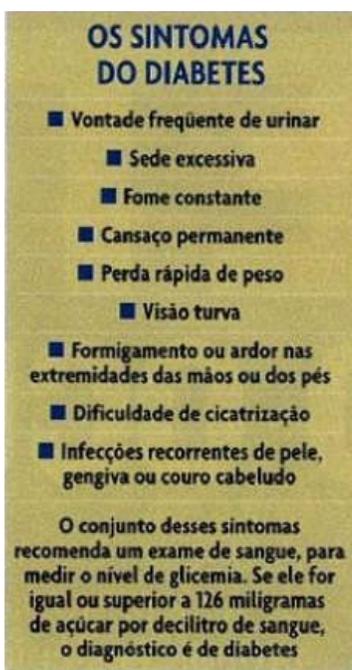


Figura 9: Sintomas diabetes
Fonte: PASTORE, NEIVA, 2003

Outro *box* apresenta os fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes tipo 2: obesidade, IGT (tolerância diminuída à glicose), sedentarismo, hereditariedade, *stress*, diabetes gestacional e triglicérides elevados. Enquanto doença silenciosa,

avança lenta e sorrateiramente. Quando os primeiros sintomas aparecem pode ser tarde demais. Infarto, derrame, insuficiência renal, cegueira, paralisia, amputação de pernas ou pés e impotência sexual estão entre os seus efeitos mais devastadores [...] Deixado a seu próprio curso, o diabetes reduz a expectativa de vida do paciente em até sete anos. A enfermidade tem um peso importante na maior causa de óbitos por doença no país, os distúrbios cardiovasculares. As estatísticas oficiais mostram que, dos 300.000 brasileiros que morrem todos os anos por infarto ou derrame, 40% são diabéticos. Como a moléstia, não é de notificação compulsória, o impacto do diabetes sobre as taxas de mortalidade, apostam os especialistas, é muito maior (PASTORE, NEIVA, 2003, p. 77).

A reportagem é bastante didática, com disposição de vários quadros explicativos. O *box* abaixo detalha todas as complicações possíveis.

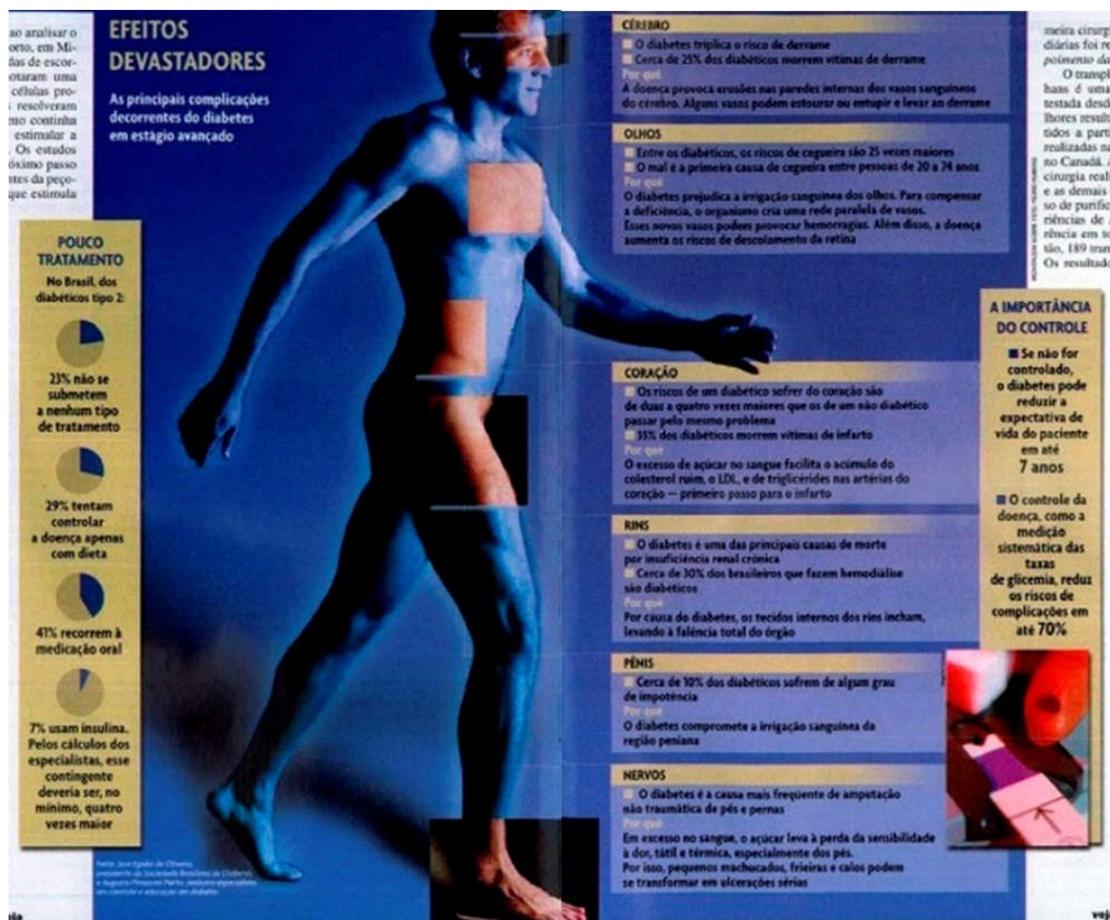


Figura 10: Efeitos devastadores
Fonte: PASTORE, NEIVA, 2003

O caráter de risco da doença e a sua associação com a morte é evidenciado pelas jornalistas, com embasamento no saber médico, e pelos testemunhos dos pacientes.



Figura 11: Depoimento paciente 2
Fonte: PASTORE, NEIVA, 2003

O medo sentido com o diagnóstico é vinculado ao caráter de risco da doença, às complicações futuras que podem ocorrer. A paciente confere a si responsabilidade na gestão da doença – “decidi que eu não teria um final daqueles” – e, assim, empreende mudanças em seu estilo de vida (alimentação e práticas de exercício físico), em associação ao requerido uso de medicamentos.

UM ETERNO JOGO DE XADREZ

Comi brigadeiro apenas uma vez na vida, quando tinha 10 anos. Por causa disso, passei um dia inteiro prostrado na cama, sem conseguir me mexer direito. Como convivo com a doença desde os 4 anos, fui aprendendo a melhor forma de lidar com ela. O que posso fazer? Tenho de me contentar em beber água enquanto meus amigos tomam cerveja. Já tive crises sérias por causa da doença. Uma delas me pegou enquanto eu dormia. A sorte é que meus pais ouviram eu me debater no quarto e foram me socorrer. Eu estava desacordado. Por causa do diabetes, comecei a praticar várias atividades físicas desde cedo. Hoje, pratico ciclismo, aikidô e sempre faço acampamento selvagem. Para onde vou, levo um kit para monitorar a glicemia e dosar as injeções de insulina. É como um jogo de xadrez que dura a vida inteira.

Alexei Ângelo Caio,
28 anos, engenheiro, diabético tipo 1

do Diabetes mostram que essa combinação é uma arma poderosa tanto no controle como na prevenção do mal. Médicos americanos acompanharam quase 3 500 pacientes pré-diabéticos por três anos. Ao término dos estudos, entre os homens e mulheres submetidos a uma dieta pouco calórica e pobre em gorduras e a uma rotina de meia hora de exercícios físicos, cinco vezes por semana, registrou-se uma redução de quase 60% no aparecimento de novos casos. O grande empecilho para o controle do diabetes tipo 2 é justamente a dificuldade da maioria de se engajar de verdade num estilo de vida saudável. Pesquisas mostram que menos da metade dos que se propõem a levar um cotidiano saudável continua firme em seu pro-

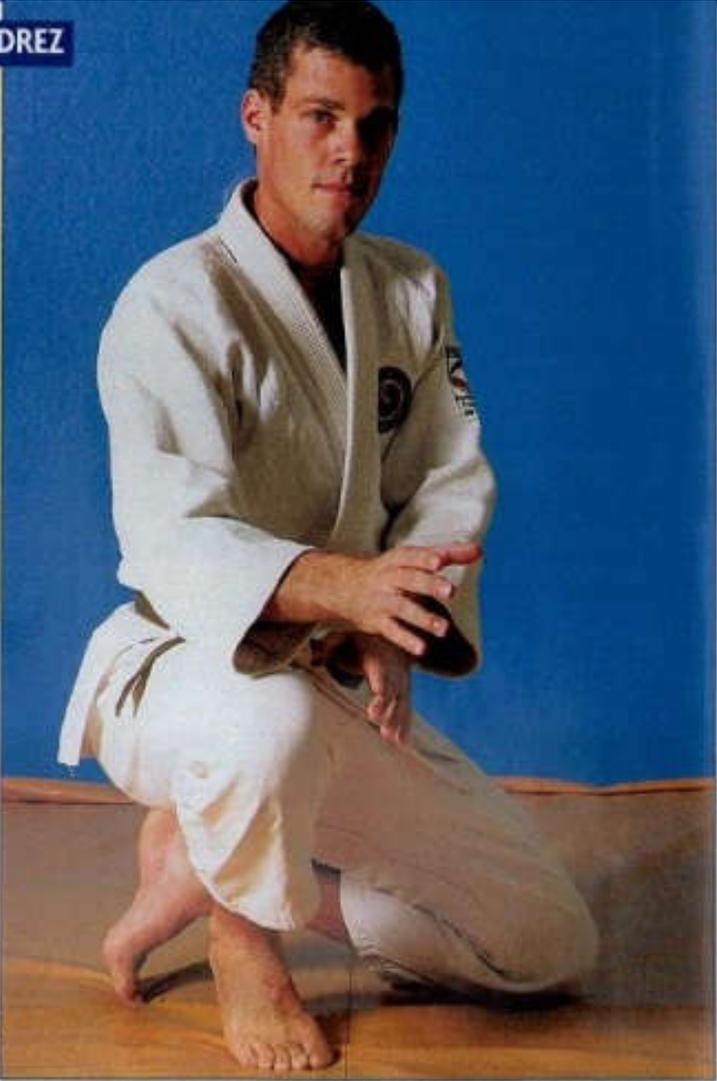


Figura 12: Depoimento paciente 3
Fonte: PASTORE, NEIVA, 2003

O depoimento de Alexei sinaliza uma experiência singular do paciente diabético: a autovigilância, apreendida pela necessidade de contínua monitoração da glicemia e dosagem das injeções de insulina. A gestão da doença é como um eterno jogo de xadrez: contenção estratégica com base na previsão de possíveis complicações futuras, consequência negativa para cada jogada errada (ex.: comeu um brigadeiro) e, por vezes, ainda tem que lidar com jogadas surpresa, que lhe impõem novos desafios. Este jogo dura a vida inteira, não há vencedor, pois o cuidado com a diabetes é crônico. A busca estratégica por vencer a disputa é apenas uma maneira de permanecer no jogo e de evitar que a doença vença, pois é impossível derrotá-la.



Figura 13: Depoimento paciente 4
Fonte: PASTORE, NEIVA, 2003

O depoimento de Telma aborda a autovigilância, a experiência de risco da doença e uma característica das doenças crônicas em geral: a inexistência de cura. Pacientes crônicos têm que lidar com um cuidado contínuo, sem limites temporais e espaciais.

No mesmo ano, foi publicada uma nova reportagem com o título “Diabetes: outra má notícia”. O caráter de risco do diabetes é agora associado ao câncer de mama e a vinculação com a morte é expressiva.

Pesquisadores da Universidade Harvard, nos Estados Unidos, estabeleceram uma relação direta entre duas das doenças que mais matam nos dias de hoje: o diabetes tipo 2 e o câncer de mama. Publicado na *Diabetes Care*, revista da Associação Americana de Diabetes, o estudo mostra que as diabéticas são 17% mais propensas a desenvolver tumores malignos na mama do que as mulheres com níveis normais de açúcar no sangue (NEIVA, 2003, p. 62).

O diabetes é apresentado como uma “grande ameaça” por seu caráter de risco, associado ao câncer de mama e a outras doenças, especialmente por sua ligação com os distúrbios cardiovasculares “tão preocupante quanto o câncer de mama”, pois “três de cada dez pacientes cardíacos são diabéticos” (NEIVA, 2003, p. 62).

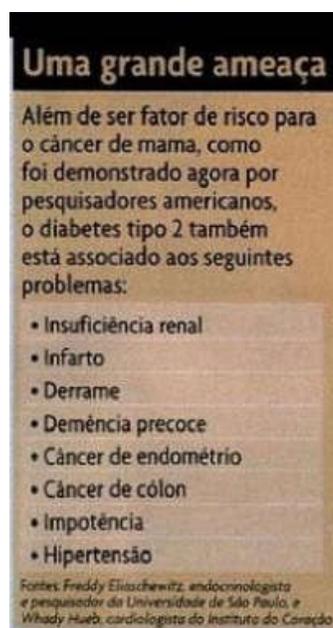


Figura 14: Uma grande ameaça
Fonte: NEIVA, 2003

B) Experiência de estar *sob risco*

A experiência do risco contínuo é cada vez mais evidente em nossa cultura e, atrelado a isso, identificam-se fronteiras menos definidas entre risco e doença na tomada de decisões sobre os cuidados com a saúde, o que está intimamente relacionado ao modo como nomeamos e classificamos risco e doença hoje. A princípio, quando se pensa sobre os conceitos *experiência da doença* e *experiência do risco*, entende-se haver diferenças notáveis já que a doença é o processo patológico produzindo problemas de saúde, e o risco é a probabilidade estatística de ocorrência de problemas de saúde. Seguindo este entendimento, não haveria experiência da

doença que emanaria do risco. Na atualidade, entretanto, observa-se que tais fronteiras estão cada vez mais borradas, havendo uma convergência notável entre a experiência de estar *sob risco* e a experiência da doença (ARONOWITZ, 2009).

Esta convergência pode ser identificada nos estados de *pré-doença*, que estabelecem novos limites entre saudável e enfermo, medicalizando o até pouco tempo saudável e estendendo o diagnóstico de doença preexistente para pontos anteriores do diagnóstico natural da doença. A experiência de uma pessoa diagnosticada com pré-diabetes, pré-hipertensão ou pré-câncer, argumenta Aronowitz (2009), pode ser muito semelhante à experiência do diagnóstico da diabetes, da hipertensão e do câncer.

*

PRÉ-CÂNCER

Aronowitz (2009) narra a história de duas mulheres de 58 anos. Uma lida com o câncer de mama, já tendo sido submetida a cirurgia, radioterapia e quimioterapia. No momento, realiza terapia de antiestrogênio com Tamoxifen e não tem a experiência de nenhum sintoma da doença. Sua preocupação atual é se terá que realizar outra terapia hormonal, após finalizar os cinco anos do seu tratamento, e se ela deveria se submeter a exames de *screening* e diagnóstico com maior frequência. Para lidar com estes ansiosos, frequentemente busca informações na internet e participa de grupos de sobreviventes do câncer.

A outra mulher encontra-se sob risco para o desenvolvimento da doença, em virtude do uso continuado de pílula anticoncepcional, da gravidez aos 34 anos, do uso de pílulas de estrogênio desde o aparecimento dos primeiros sintomas da menopausa aos cinquenta anos, e da identificação de anormalidades em um exame de mamografia quatro anos antes, mas que resultou em biópsia negativa. Com medo de desenvolver o câncer de mama, também busca informações em sites e reportagens sobre novas formas de prevenção. Certo dia, viu a propaganda do Tamoxifen (medicamento usado pela primeira mulher) com indicação preventiva para mulheres com alto risco de câncer de mama – categoria em que ela se autoenquadra – e, desde então, vem conversando com médicos, grupos de pacientes e amigos sobre o uso do medicamento.

Uma paciente crônica e uma mulher sob risco experimentam medos do futuro, sentimentos de incerteza e pressões para autovigilância, buscam maneiras de aumentar o controle (ou a sensação de controle) sobre a doença e enfrentam decisões difíceis no tocante às

novas técnicas de prevenção. A segunda mulher, por exemplo, deve decidir se submeter ou não à mesma terapia hormonal realizada pela primeira. Ambas são submetidas a influências externas comuns no tocante à prevenção e buscam informações em locais semelhantes. Para as duas pacientes, a experiência de enfermidade se dá não a partir de sintomas, mas da leitura do corpo com base em sinais de problemas futuros. Na cultura contemporânea, assintomático não significa ausência de experiência da doença.

A experiência convergente é refletida na tomada de decisão de mulheres que estão *sob risco* e mulheres que já manifestaram diferentes estágios do câncer. Aronowitz (2009) ressalta, a partir de Tuttle et al. (2007), que o número de mulheres diagnosticadas com câncer em uma mama que optaram pela mastectomia profilática na outra mama sadia passou de 1,8%, em 1998, para 4,5%, em 2003. A cirurgia profilática, salienta Aronowitz, tem sido realizada em proporções semelhantes por mulheres em diferentes estágios da doença (I, II, III). Num primeiro momento, refletindo sobre os critérios para a tomada de decisão, seria esperado que mulheres com baixa probabilidade de advento do câncer na outra mama realizassem a cirurgia preventiva em números bem inferiores. A questão seria: para que submeter-se a um procedimento tão grande e complexo diante de baixa indicação de seu advento? Numa cultura do risco, entretanto, as decisões racionais orientam-se pela prevenção, pela tentativa de controle sobre a saúde individual e pela expectativa de evitar arrependimentos futuros de não ter feito tudo que estava ao alcance para evitar um evento ruim.

Corroborando Aronowitz, há razões para acreditar também que a incidência da mastectomia profilática cresceu de modo quase idêntico na decisão de mulheres com alto risco para desenvolvimento do câncer de mama e mulheres diagnosticadas com a doença. Dito de modo mais enfático: a probabilidade de advento futuro do câncer tem orientado mulheres para intervenção técnica em seus corpos de modo semelhante a mulheres que lidam no presente com a doença. Mais uma vez, é interessante perceber como mulheres em diferentes pontos da doença (pré, inicial, avançado) estão inseridas de modo semelhante numa experiência do risco contínuo e adotam estratégias similares para tomada de decisão sobre a intervenção em seus corpos.

Em 2013, a atriz americana Angelina Jolie realizou mastectomia bilateral em caráter preventivo, tema de reportagem de capa da revista *Veja* (CUMINALE, 2013). A chamada de capa já antecipa o argumento central do texto: a intervenção anterior à descoberta da enfermidade como forma de evitar sofrimentos futuros.



Figura 15: Capa Angelina Jolie
Fonte: Cuminale, 2013

O título da reportagem “O valor maior de Angelina” é complementado pela fotografia da atriz em pé, com a cabeça erguida e o olhar direcionado para frente, para o alto, para o futuro iluminado. Diante da morte de sua mãe e avó por conta dos cânceres de mama e de ovário e da descoberta de uma predisposição genética (o gene ‘defeituoso’ BRCA) para advento da doença, a atriz decidiu se submeter a uma mastectomia dupla, atitude avaliada, pela revista, como “heroica” e como reflexo dos avanços da medicina na prevenção, detecção e tratamento do câncer de mama (CUMINALE, 2013, p. 90).



Figura 16: Valor maior
Fonte: Cuminale, 2013

Atitude heroica, porque, segundo a jornalista, expôs publicamente a intervenção cirúrgica a que foi submetida, trazendo à tona questões referentes a dimensão estética, a possíveis imperfeições no corpo da atriz – consagrada pela beleza e sedução em suas interpretações cinematográficas – que poderiam afetar contratos milionários. “Bobagem pensar que essas indagações não passaram pela cabeça de Angelina” (CUMINALE, 2013, p. 91).

Além disso, a retirada das mamas, com todo o imaginário da perda da feminilidade e as grandes alterações que provoca no corpo feminino – não apenas as cicatrizes, mas todo o pós-operatório – é proposta com vistas aos benefícios futuros: mais tempo em vida com a família, o “valor maior de Angelina”. Ela “optou pelo que existe de real valor nesse mundo, a vida e a convivência familiar com o companheiro, o ator Brad Pitt, e os seis filhos” (CUMINALE, 2013, p. 91). A prevenção é a oportunidade de evitar sofrimentos futuros e de ter maior prazer no presente. “[...] Eles sabem que farei qualquer coisa para ficar com eles o maior tempo possível”, comenta a atriz, finalizando a reportagem.

Verifica-se aqui a heroização da atriz, representada pela figura da mãe heroína que se sacrifica, realizando uma grande intervenção cirúrgica pelos filhos, e também pela figura da atriz que expõe sua privacidade, que torna pública sua escolha, com o intuito de ajudar outras mulheres – e famílias – a não experimentarem a luta contra a doença e o sofrimento que dela decorre, experienciados duas vezes por Jolie.

A escolha de Angelina serve também como um alerta muitas vezes mais poderoso do que aqueles das campanhas tradicionais de prevenção do câncer de mama. A atitude da atriz é uma lembrança de que as mulheres precisam se antecipar à doença – e, em tomando a iniciativa, vão encontrar uma medicina preventiva, de diagnóstico e de tratamento que evoluiu exponencialmente nos últimos anos (CUMINALE, 2013, p. 91-91).

A partir do conhecimento da mutação genética, o câncer poderia ser evitado e dependeria apenas da escolha individual para realização da cirurgia preventiva. O depoimento de Angelina Jolie descreve a descoberta da predisposição genética como um desafio capaz de ser *controlado* e que, portanto, não deve provocar sustos. Em suas palavras: “A vida vem com muitos desafios. Aqueles que podemos encarar e sobre os quais podemos ter controle não devem nos assustar”. Apenas quatro dias após a cirurgia, a jornalista narra que a atriz já estava animada envolvendo-se em outro projeto de trabalho, reforçando que a cirurgia, além de ser o método mais eficaz, pode ser realizada tranquilamente.

O infográfico ressalta que a cirurgia preventiva reduz em até 95% o risco de desenvolvimento do câncer de mama, enquanto a quimioprevenção reduz em 50%. Expõe que os exames periódicos não reduzem a possibilidade do advento da doença, apenas permitem o rastreamento do câncer em estágio inicial. Nos Estados Unidos, 1 em cada 2 mulheres com mutação nos genes BRCA opta pela cirurgia; enquanto, no Brasil, a taxa cai para 1 em cada 5. Com isso, destaca-se que se trata de um procedimento já comumente adotado pelas americanas, devendo agora ser implementado como procedimento padrão também no Brasil, afinal, anualmente, 53.000 brasileiras são diagnosticadas com câncer de mama e 13.000 casos resultam em óbito (CUMINALE, 2013).

“A angústia e o medo embutidos na escolha de Angelina são difíceis de avaliar por quem nunca esteve na linha de tiro dessa *condenação genética à morte*. Decidir extirpar as duas mamas é uma maneira radical, mas compreensível de afastar a *sentença fatal*” (CUMINALE, 2013, p. 91, grifos meu). Não deixa de surpreender a ênfase de Cuminale ao associar a predisposição genética à certeza de morte, provocando medo e despertando a necessidade do agir imediato. A antecipação do futuro se dá a partir do passado – herança genética. A angústia

com a morte é revertida em medo de advento do câncer – a determinação do medo possibilita uma ação individual no presente. Estabelece-se também uma articulação causal entre sofrimentos passados e a identidade presente. A dor da perda da mãe e da avó e a experiência do sofrimento com o câncer motivaram a atriz a agir preventivamente no presente.

No decorrer da matéria, além do caso da atriz americana, são apresentados outros cinco casos, um de mutação genética e quatro de mulheres que sobreviveram ao câncer. Na família Mathias Santos, composta por três mulheres, uma filha teve câncer de mama e recupera-se bem, enquanto a mãe e a outra filha foram identificadas com a mutação genética. A mãe se submeteu à mastectomia preventiva e à extirpação dos ovários, mas a filha Camila Santos ainda não se sente segura para realizar a cirurgia, submetendo-se, assim, a exames periódicos. “Eu me sinto como se estivesse carregando uma bomba-relógio”, define ela. “Perdi a tranquilidade”. Novamente: medo e angústia. Os outros quatro casos exibem a “batalha vencida” do câncer de mama por mulheres de faixas etárias distintas, que tiveram que se submeter a diferentes tratamentos para enfrentar a enfermidade. Maria Ivanilde Ribeiro, de 60 anos, é enfática: “Estava me preparando pra morrer” (CUMINALE, 2013, p. 96).

O estigma social da doença aparece em entrevista com o oncologista Sergio Simon na *Veja*, em 1992. O médico aborda a resistência, por parte da família, a contar ao paciente o diagnóstico de câncer e as implicações psíquicas para o paciente, que “imagina que é uma coisa muito pior, que nem a família tem coragem de contar” (MARQUES, 1992, p. 7). Continua com a associação entre morte e câncer: “No Brasil, o câncer é visto como uma fatalidade, as pessoas se comportam como se a morte fosse inevitável” (MARQUES, 1992, p. 8).

O raciocínio construído pela matéria sobre Jolie é: se o câncer é uma doença bastante agressiva que, apesar dos avanços, “ainda continua a desafiar a medicina”, havendo vários casos de óbitos, por que não intervir logo? (CUMINALE, 2013, p. 96). Se você pode agir antes da doença e, com isso, evitar sofrimentos futuros, inclusive o óbito, por que esperar?

A evocação da autoridade científica reforça o argumento. O diretor científico do Instituto Europeu de Oncologia, Umberto Veronesi, diz que para o futuro é preciso focar em três objetivos: a redução na agressividade dos tratamentos, a antecipação no diagnóstico e o aumento da participação das mulheres na identificação precoce. “Se alcançarmos esses objetivos, poderemos chegar a uma mortalidade por câncer de mama próxima de zero nas décadas futuras [...] Participando dos programas de detecção precoce, elas venceram seus medos e conquistaram a própria salvação”, comenta Veronesi (CUMINALE, 2013, p. 97). Foco na escolha e na ação individual: elas conquistaram a própria salvação, porque agiram de modo preventivo, optaram pelo cuidado de si.

Em relação às causas do câncer de mama, a matéria cita apenas a predisposição genética, aspecto que, a princípio, independeria da ação individual. Mesmo assim, o foco recai sobre o indivíduo. Apesar de não poder intervir na genética, tem poder de agir sobre suas ações e escolhas no presente – optar pela prevenção – e, com isso, orientar o seu futuro.

A narrativa jornalística apresenta como formas socialmente valorizadas de agir o cuidado crônico com a saúde, a prevenção e a intervenção anterior à doença. Constrói o indivíduo como o responsável pela sua saúde, na medida em que dependeria dele a escolha de cuidar de si e intervir em seu corpo de modo preventivo, para o bem viver e a longevidade. O caso de Angelina Jolie, somado às demais experiências de mulheres com câncer trazidas anteriormente, exemplifica um lado da convergência do risco e da doença crônica: mais pessoas saudáveis inseridas na categoria do risco e o estado de risco em si cada vez mais *embodied* e mais *disease-like* (ARONOWITZ, 2009). Só numa cultura do risco é possível uma construção de uma matéria jornalística propondo grande intervenção no corpo feminino: uma cirurgia de grande porte, com pós-operatório delicado e doloroso, apenas com fins preventivos. A retirada das mamas foi o foco maior da matéria, mas é citada ainda a importância da extirpação dos ovários, pretendida no momento por Angelina Jolie. Em dezembro de 2013, uma nota em *Veja* refere-se ao “efeito Angelina”, termo cunhado para referir-se ao aumento na realização de mastectomias preventivas (UM POUCO..., 2013). Em 2015, o termo foi recuperado na reportagem que abordava a extirpação dos ovários de Angelina Jolie.

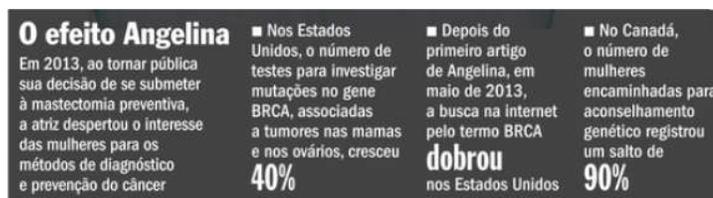


Figura 17: Efeito Angelina
Fonte: Cuminale, 2015b

A reportagem da revista *Veja* tinha como título “Conhecimento é poder”. As decisões de Angelina, tanto da mastectomia quanto da extirpação, são apresentadas como “racional, calculada” e “nada emocional” (CUMINALE, 2015b). A mesma avaliação é feita por uma leitora.

Angelina Jolie

Mais uma demonstração corajosa e racional de Angelina Jolie. Quando há a iminência de um câncer ou até mesmo da morte, consequências e efeitos colaterais tornam-se secundários. No fim de 2014, eu soube que estava com um cisto agressivo, que silenciosamente se formou no meu ovário. Confesso que não vi a hora de extirpá-lo. Com os recursos que tem, Angelina poderá driblar os efeitos indesejáveis provocados pela retirada de trompas e ovários (“Conhecimento é poder”, 1º de abril).

MARIA SOLANGE LUCINDO MAGNO
Barbacena (MG), via tablet

Figura 18: Opinião leitor 1
Fonte: Veja, 2015.

Outro leitor, entretanto, aponta para a impossibilidade de controle sobre a morte.

Bela Angelina Jolie, pode não ser câncer no seio, pode não ser câncer no útero, mas você morrerá de alguma coisa, pode ter certeza, e seus filhos dirão: “Mamãe morreu de ‘alguma coisa’”. Mas sua alma, como sua beleza — creia —, são imortais.

CARLOS FERNANDES
Salvador (BA), via smartphone

Figura 19: Opinião leitor 2
Fonte: Veja, 2015.

Em 2016, o historiador Yuval Noah Harari, recuperando o caso de Jolie em artigo da *Veja*, sinaliza para a mudança na experiência da doença na cultura contemporânea.

As decisões médicas mais importantes em sua vida estão se baseando cada vez mais não em suas sensações de estar doente ou saudável, nem mesmo nos prognósticos de seu médico — mas nos cálculos de computadores que conhecem você melhor do que você se conhece [...] [Angelina Jolie] não se sentia doente, porém decidiu, sabiamente, levar em consideração os algoritmos. ‘Você pode não estar sentindo nada de errado’, disseram os algoritmos, ‘mas há uma bomba tiquetaqueando em seu DNA’ (HARARI, 2016, p. 122).

Ordem dos algoritmos: só numa cultura profundamente marcada pela ciência e pela tecnologia isto pode ser escrito.

A paciente Sabbage (2017), como dito, expõe em seu livro que sentia como se o próprio conhecimento estivesse a matando. O saber, cada vez mais detalhado e especializado, sobre o

câncer só aumentava o medo da morte. Quanto mais conhecia, mais pensava sobre a própria finitude. Não seria este um percurso evidente também na experiência sob risco? O conhecimento de que se enquadra nos fatores de riscos para o desenvolvimento de uma determinada doença aumenta a relação com a morte, desperta o medo da morte e, por conseguinte, o desejo de agir para controlar o evento temido.

Em março de 1987, reportagem de *Veja* narra a história de Regina, mulher de 43 anos. Por ter perdido o pai em decorrência de um câncer, “tinha pavor de um dia também ficar doente”. Após o médico identificar nódulos em sua mama, ignorou a orientação para mamografia e realizou o exame apenas um tempo depois. Diagnosticada com câncer, o médico informou a necessidade de realização de uma mastectomia, procedimento apresentado pela reportagem como “mutilante” e que “pareceu-lhe tão traumático quanto a notícia da doença”. A reportagem apresenta a lumpectomia, a retirada de uma pequena parte da mama, procedimento cirúrgico que traria um “trauma menor” – título do texto (TRAUMA..., 1987). Interessante observar como anos depois a mastectomia começa a ser amplamente praticada não apenas por mulheres pacientes de câncer, mas também por doentes potenciais. Além disso, os exames diagnósticos não passam apenas a ser amplamente recomendados pelos médicos, mas a ser requeridos pelos próprios pacientes, afinal, como expõe a reportagem de *Veja* em 2015: conhecimento é poder! (CUMINALE, 2015b).

A busca no acervo digital da *Veja* identificou uma primeira menção à realização de mastectomia preventiva no *box* de uma reportagem sobre os riscos do silicone à saúde, em janeiro de 1992. O texto aborda que o câncer de mama é um dos mais preocupantes problemas de saúde pública dos Estados Unidos, o que tem levado algumas mulheres com história familiar de câncer – geralmente a mãe – à realização da cirurgia. “No Hospital Memorial Sloan-Kettering, de Nova York, vinte mulheres submeteram-se a mastectomia preventiva em 1991”. Vinte e um anos depois, os números são outros: 1 em cada 2 mulheres nos Estados Unidos, consoante Cuminale (2013).

O caso das mastectomias preventivas que começavam a ser praticadas nos Estados Unidos aparece, ainda em 1992, na entrevista com o oncologista brasileiro Sergio Simon. O jornalista Fabrício Marques explica que se trata da “retirada total do seio completamente sadio antes que o câncer suja” e questiona “não se trata de uma terapia radical demais?” Simon responde:

Não. Na semana passada eu perdi um paciente, vítima de um câncer no intestino. Tinha 40 anos. Seu pai, seu irmão, seus tios e dois primos haviam morrido do mesmo tipo de câncer. Se ele tivesse se submetido a uma cirurgia

preventiva e retirado o intestino grosso – deixando apenas o delgado – estaria vivo. Esse tipo de cirurgia é indicado àquelas pessoas que têm uma incidência altíssima de certos tipos de câncer na família, como o de intestino, o de mama e o de ovário. Sabe-se que são doenças hereditárias e as chances de que também o parente sadio desenvolva o câncer são enormes (SIMON apud MARQUES, 1992, p. 9).

Três anos depois, *Veja* publica a reportagem “As pistas no álbum de família”, com o relato de casos de mulheres americanas que optaram pela realização da mastectomia preventiva em virtude da herança genética (ALCÂNTARA, 1995). “Fiz tudo que pude para prevenir o câncer [...] Espero que seja o suficiente”, afirma Anna Fisher, uma das mulheres que se submeteu ao procedimento cirúrgico após se deparar com os trabalhos da geneticista Mary-Claire King, segundo os quais um em cada dez casos de câncer de mama é provocado pela mutação do BRCA1. Olhando para o passado, constroem-se projeções futuras que orientam o presente.



Figura 20: Paciente
Fonte: ALCÂNTARA, 1995

Histórias como essa mostram o papel cada vez maior que a genética vem ocupando na prática da medicina. Os médicos estão descobrindo que tudo o que acontece com avós, pais, irmãos, tios e primos serve de pistas concretas para diagnosticar e tratar pacientes [...] E a ciência já consegue indicar com espantosa exatidão quais são as probabilidades de cada pessoa pegar uma doença a partir do que aconteceu com seus parentes (*faça seus cálculos com a ajuda das tabelas à pág. 86*) (ALCÂNTARA, 1995, p. 84).

Apresentada a probabilidade de doença, o leitor é convidado a fazer um teste e avaliar suas chances futuras, num caminho para o pré-autodiagnóstico.

Como calcular as chances das doenças hereditárias

A probabilidade de uma pessoa contrair uma das doenças que aparecem nesta tabela depende da predisposição genética. Ter predisposição não significa que a pessoa vá realmente ficar doente, mas a chance aumenta quando há registros entre parentes mais próximos, como pais e irmãos

Alguns exemplos de doenças	Grau de parentesco, número de registros na família e a variação da probabilidade em cada caso		
	Chance normal da doença entre pessoas que não têm casos na família	2 parentes do primeiro grau com a doença elevam as chances para:	1 parente do primeiro grau com a doença eleva as chances para:
Diabete - A insulina produzida pelo pâncreas é insuficiente	1 em 30	1 em 22	1 em 24
Ataque cardíaco - Entupimento das artérias que irrigam o coração (em parentes com menos de 50 anos)	1 em 40	1 em 13	1 em 20
Glaucoma - Aumento da pressão do globo ocular, que pode resultar em cegueira	1 em 20	1 em 2	1 em 3
Câncer de pulmão - Destruição do aparelho respiratório pela reprodução desordenada de células	1 em 100	1 em 50	1 em 95
Câncer de próstata - Tumor na glândula que produz líquido seminal e hormônios masculinos	1 em 16	1 em 4	1 em 8
Tumor no intestino - Forma comum de câncer, que ataca parte do sistema digestivo	1 em 20	1 em 5	1 em 10

Figura 21: Cálculo das doenças
Fonte: ALCÂNTARA, 1995

Esta estratégia facilita a apreensão da moral preventiva e a internalização das preocupações e do medo de advento de uma doença. O pesquisador Joseph Thompson ressalta: “Numa situação ideal, não somos nós, os médicos, que damos o alerta: é o paciente que nos informa do risco de ter câncer ou de sofrer de enfarte precoce” (ALCÂNTARA, 1995, p. 84). Segundo o pesquisador, uma árvore genealógica da família

pode prolongar a vida de determinadas pessoas em até quinze anos. É um prolongamento e tanto. Especialmente quando se compara com outras estimativas. Uma dieta pobre em calorias, teoricamente, dá oito anos a mais de vida. Exercitar-se com vigor pelo menos uma hora por dia pode esticar em seis anos a expectativa de vida. Parar de fumar antes dos 40, depois de décadas de baforadas, acrescentaria cinco anos. Conclusão: para muitas pessoas, ficar atento à saúde dos familiares é mais importante do que comer corretamente, exercitar-se e parar de fumar (ALCÂNTARA, 1995, p. 84).

O maior prolongamento da vida se daria pelo cuidado via intervenção de um saber técnico-científico sobre o corpo e não pelos hábitos de vida.

Por fim, Alcântara alerta para o momento ideal para procurar um médico: “É aconselhável procurar um médico o mais rápido possível quando um ou mais parentes de

primeiro grau (pai, mãe e irmão) tiverem tido o mesmo tipo de câncer ou doença cardíaca grave” (ALCÂNTARA, 1995, p. 90).

Em 2002, a reportagem de Paula Neiva sugere uma “revisão de genes”, pois “o peso da genética no surgimento do câncer de mama pode ser menor do que se imaginava”. A repórter menciona o fato de muitas mulheres na década de 90 terem realizado a mastectomia preventiva pela descoberta de alterações nos genes BRCA1 e BRCA2. Novo estudo indicava que as cirurgias podem ter sido desnecessárias, não por descartar uma relação entre a doença e os genes defeituosos, mas por sugerir que o fator genético não era tão relevante quanto se imaginava. O texto aponta o estilo de vida como fator de grande importância para o desenvolvimento futuro do câncer de mama, atribuindo responsabilidade ao indivíduo pela doença. “O sedentarismo, as dietas ricas em gordura e o excesso de peso funcionam como poderosos gatilhos para o aparecimento da doença – com ou sem risco genético. Evitar um estilo de vida pernicioso é a melhor arma contra o mais comum e letal câncer feminino” (NEIVA, 2002, p. 61).

Em nova reportagem de Neiva (2005), a categoria *pré-câncer* é apresentada como uma meta ambiciosa da medicina, mas para a qual ainda não haveria um tratamento. Sendo assim, a classificação só serviria para gerar “angústia” (termo da jornalista) nos doentes potenciais. Neiva (2005) inclusive aponta que os médicos se questionam até que ponto deveriam informar para uma mulher que ela tem carcinoma *in situ*, que antecede o câncer de mama, mas não é garantia de seu advento. “Afinal, isso representa uma angústia tão grande que pode levar à antecipação desnecessária de procedimentos como a mastectomia radical, a retirada de parte da mama e a radioterapia” (NEIVA, 2005, p. 90). A repórter segue mencionando as cirurgias preventivas realizadas na década de 90 e recupera a pesquisa de 2002, destacando que “parte dessas cirurgias pode ter sido em vão” (NEIVA, 2005, p. 92).

Em 2008, a mastectomia preventiva vem à tona novamente, desta vez, acompanhada por uma narrativa de cunho moral preventivo, através da exposição da doença da atriz americana Christina Applegate, diagnosticada com câncer em uma mama e que optou pela mastectomia na outra mama em caráter profilático, seguindo as recomendações médicas em razão da alteração no gene BRCA1 que aumentava de 1 para 60% suas chances de ter o câncer na segunda mama.

Tendo acompanhado o sofrimento da mãe, que é portadora da mutação genética e já passou por uma mastectomia, dois anos de quimioterapia, oito cirurgias e uma histerectomia (remoção do útero), Christina decidiu pelo caminho mais duro e fez a dupla extirpação no mês passado. “Não queria ter de voltar ao médico a cada quatro meses para testar, apertar, procurar. Só pensei em me livrar da coisa de uma vez”, disse ela em entrevista à rede ABC [...] Para diminuir o risco e a alta ansiedade que o acompanha, Christina

removeu as duas mamas, que serão reconstruídas (MOHERDAUI, 2008, p. 111).

A presença dos genes BRCA1 ou BRCA2 também aumenta as chances do câncer de ovário e a recomendação médica é de retirada do órgão. O oncologista Sérgio Simon diz que a maioria das pacientes aceita com tranquilidade a recomendação e conta que praticamente todas as suas pacientes indicadas para cirurgia múltipla realizaram o procedimento completo. Nos Estados Unidos, a mulher que apresenta câncer de mama antes dos 40 anos já realiza o teste genético imediatamente. No Brasil, em virtude do custo elevado (R\$8.500,00), nem todas as pacientes realizam o teste (MOHERDAUI, 2008).

A publicização do câncer de mama por atrizes e cantoras é apresentada pela reportagem como um modo de ajudar “a abrandar o sofrimento emocional das anônimas e a divulgar os tratamentos” (MOHERDAUI, 2008, p. 110). Este argumento foi recuperado também nas reportagens posteriores de Lopes (2010) e Cuminale (2013).

Como os avanços notáveis nos tratamentos estão derrotando o câncer e fazendo com que ele perca a imagem sombria de predador. Para a sua desmitificação, contribuem – e muito – os depoimentos de gente famosa, como José Alencar, Hebe Camargo, Christina Applegate e Lance Armstrong, que resiste à doença com bravura e otimismo (LOPES, 2010).



Figura 22: Famosos com câncer
Fonte: Lopes, 2010



Figura 23: Famosos com câncer 2
Fonte: Lopes, 2010

Otimismo, bravura e – como revelam as fotografias – realização com os avanços científicos no tratamento e na cura do câncer, tema central da reportagem. A fotografia de Hebe Camargo é a mais expressiva a este respeito.

“O testamento dentro de cada um” é o título da matéria publicada em 2009 sobre doenças genéticas, incluindo o câncer de mama. Rosenéia Melo é uma brasileira de 55 anos, cuja mãe e irmã morreram “vítimas da doença, com metástase nos ossos, um calvário longo e doloroso. Outras três irmãs também tiveram esse câncer, mas conseguiram flagrar os tumores em fases iniciais – e estão bem. [...] ‘Vi minha irmã morrer aos poucos, e não queria o mesmo fim’” (LOPES, 2009, p. 105). Optou pela realização do exame genético e pela mastectomia bilateral em caráter preventivo. Se tivesse optado por tratamentos medicamentosos, o risco de desenvolvimento do câncer cairia para 50%; com a cirurgia, a probabilidade cai para 1%.

Em todas as reportagens analisadas, a opção pela intervenção cirúrgica é antecedida pela narração da história do doente potencial e do sofrimento experienciado com a doença dos familiares. Em algumas reportagens, é inclusive apresentada a fotografia do doente potencial com o familiar que teve câncer. Essa estratégia retórica constrói uma explicação para a ação do presente com base no sofrimento passado e aponta para a compaixão.

CADA MUTAÇÃO, UMA SENTENÇA		ALTÍSSIMO RISCO	ALTO RISCO	BAIXÍSSIMO RISCO
<p>Há uma centena de distúrbios influenciados por mutações genéticas que pode ser identificada antes do surgimento de seus primeiros sintomas. A conduta a ser adotada diante de um resultado positivo para um desses testes varia conforme as características dos genes defeituosos – são elas que determinam o risco de manifestação da doença</p> <p><small>Fontes: geneticistas Mayana Zatz, Salino Raskin e Walter Pinto Junior; neurologista Ivan Hideyo Okamoto, da Universidade Federal de São Paulo; e oncologista Bernardo Gericóchea, do Hospital Sírio-Libanês</small></p>	EXEMPLOS DE DOENÇAS	Distúrbios neurodegenerativos, como a doença de Huntington e ataxias espinocerebelares, que afetam os movimentos do corpo de forma progressiva	Alguns tipos de câncer de mama e ovário, intestino, estômago, tireoide, entre outros, e casos precoces de trombose, Parkinson e Alzheimer	Depressão, hipertensão, infarto, diabetes, obesidade e osteoporose
	PESO DOS GENES NA MANIFESTAÇÃO DAS DOENÇAS	Em torno de 100%	De 50% a 90%	Inferior a 50% . O estilo de vida tem um peso muito maior
	O QUE FAZER	Como a doença se instalará inapelavelmente, nada pode ser feito para evitar a sua manifestação. O único tratamento é o paliativo, depois do aparecimento do problema	O paciente tem grande probabilidade de vir a desenvolver a doença. A detecção de uma dessas mutações genéticas permite que a intervenção médica ocorra antes da manifestação dos sintomas, para retardá-los ou evitá-los	Os exames servem principalmente de estímulo para o paciente mudar seu estilo de vida e adotar hábitos mais adequados

Figura 24: Mutações genéticas
Fonte: Lopes, 2009.

Mas, e quando não há cura nem tratamento para sua predisposição genética? Quando a identificação do risco não possibilita um agir preditivo? Quando não há qualquer possibilidade de controle e de escape da doença?

Diante do risco de uma doença neurodegenerativa incurável, doença de Huntington, o plano de Carina Silva, caso o teste desse positivo, era: mais prazer! Voltaria a fumar e abandonaria os estudos para o concurso público. A inquietude prazer *versus* risco não fazia mais sentido para ela. O estudante Rafael Sibet, de 18 anos, preferiu não se submeter ao teste e não descobrir se desenvolveria o distúrbio na faixa dos 40, 50 anos. “De que adiantaria saber hoje que vou ter essa doença no futuro?”, diz. Rafael faz de conta que o risco não existe. [...] Viver exclusivamente o presente é também um bom plano” (LOPES, 2009, p. 108). Quando não há mais o que ser feito sobre o risco futuro, o prazer no presente é valorizado.

De todo modo, a resposta mais valorizada é intervir o mais cedo possível. No texto, Lopes narra o caso de pais que, com receio de o filho desenvolver a doença com herança genética e incurável do pai, optaram pela fertilização *in vitro* e implantação dos embriões que não tinham o gene da paramiloidose.

PRÉ-DIABETES

No site da Sociedade Brasileira de Diabetes, o texto explicativo sobre pré-diabetes corrobora a percepção que a categoria *pré* assume em nossa cultura.

Já imaginou se o corpo humano contasse com um sistema de alarme que dispara quando o risco de desenvolver uma doença aumenta? Não seria uma chance de mudar seu futuro? [...] É importante destacar que 50% dos pacientes nesse estágio ‘pré’ vão desenvolver a doença. O pré-diabetes é especialmente importante por ser a única etapa que ainda pode ser revertida ou mesmo que permite retardar a evolução para o diabetes e suas complicações (SBD, 2015).

O texto é bastante enfático: intervir o mais cedo possível, no momento em que a condição de enfermidade ainda pode ser revertida. A intervenção, neste caso, se daria num momento que não há experiência do sintoma, mas leitura do corpo a partir de diretrizes e protocolos clínicos, o que é possibilitado pelo aumento do conhecimento sobre as doenças e pelas novas tecnologias de rastreamento e diagnóstico. Mesmo sem a experiência do sintoma, há a experiência convergente entre risco e doença.

No caso da diabetes mellitus, as definições dos diagnósticos de doença e de pré-doença ocorrem a partir do mesmo eixo – medição da glicose – e o tratamento médico para ambas as condições é quase idêntico (ARONOWITZ, 2009).

A reportagem de Pastore e Neiva (2003), apresentada no tópico sobre a experiência da diabetes, também aborda a condição pré da doença. A estratégia retórica é similar: alta prevalência, subdiagnóstico e subtratamento. No ano da reportagem, haveria 5 milhões de brasileiros pré-diabéticos e a metade não teria conhecimento sobre a sua condição. Se “não tomarem os devidos cuidados, podem vir a desenvolver a doença”, que tem alta taxa de mortalidade nacional e, além dos distúrbios cardiovasculares, pode levar a vários outros efeitos devastadores, como derrame, insuficiência renal, cegueira, paralisia e amputação de pernas. A reportagem orienta sobre o momento de realizar exames para detecção precoce da doença. “Quanto mais se adiam o diagnóstico, pior é” (PASTORE; NEIVA, 2003, p. 82).

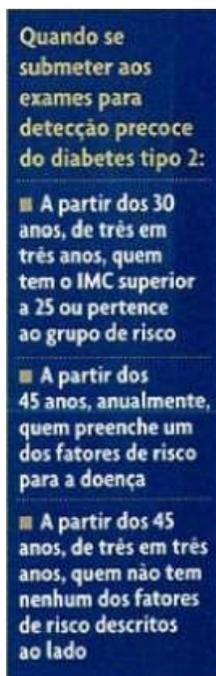


Figura 25: Detecção diabetes
Fonte: Pastore e Neiva, 2003

No mesmo ano, uma nova reportagem foi publicada sobre as mudanças nas diretrizes da Associação Americana de Diabetes. Antes, o normal era 110 miligramas de açúcar por decilitro de sangue; agora, o nível de glicemia esperado é inferior a 100 e tal índice já é considerado pré-diabetes. Com a mudança, o número de pré-diabéticos no Brasil passou de cinco para cerca de seis milhões.



Figura 26: Mudança do diabetes
Fonte: Buchalla, 2003

A nova recomendação, explica Buchalla (2003, p. 61),

é uma tentativa de evitar que pessoas com índice glicêmico entre 100 e 110 fiquem sem controle. Os especialistas começaram a notar, durante a prática clínica, que a glicose em 100 já é o suficiente para causar lesão na parede das artérias, o que leva a doenças cardiovasculares. ‘Além disso, é grande o risco de pessoas nesse grupo desenvolverem as complicações crônicas do diabetes’, diz Saulo Cavalcanti da Silva, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes.

As novas descobertas reforçam a convergência entre a experiência de risco e a experiência da doença *risky*: a condição pré não tem apenas caráter de risco para desenvolvimento da diabetes, mas também de complicações como as doenças cardiovasculares.

O tratamento estipulado para a condição pré é a mudança de estilo de vida – foco na responsabilidade individual – com práticas de exercícios físicos e mudanças alimentares, que pode prevenir em até 60% o aparecimento do diabetes. Se não forem suficientes, parte-se para o uso de medicamentos. No texto, o leitor identifica os fármacos mais eficazes e descobre que a metformina “pode evitar em mais de 30% dos casos a manifestação da doença. Com a rosiglitazona, esse índice chega a 55%” (BUCHALLA, 2003, p. 61).

A reportagem de Neiva (2003), como exposto no tópico de diabetes, constrói a diabetes como fator de risco para o câncer de mama. A relação crucial entre as patologias se dá na condição pré. Quer dizer, é já na fase *sob risco* que o paciente, a depender de suas práticas, pode orientar seu futuro rumo às duas doenças que mais matam no mundo.

O diabetes tipo 2 caracteriza-se por uma baixa na fabricação de insulina. Antes de a doença se instalar, no entanto, os pacientes passam por uma longa fase de pré-diabetes, quando ocorre justamente o contrário: o organismo libera insulina em excesso. Acredita-se que seja nesse momento que se forma o terreno propício ao aparecimento do câncer de mama (NEIVA, 2003).

Em 2005, a revista *Veja* aborda o rigor das diretrizes para o diagnóstico de várias doenças que culmina na inclusão de um número maior de indivíduos na categoria de pacientes. “O principal objetivo dessas diretrizes é chamar atenção para os riscos de doenças crônicas e, com isso, levar a mudança de hábitos de vida”, explica o cardiologista Otávio Coelho. O diagnóstico precoce aumenta as chances de cura e reduz os riscos de seqüela para os pacientes (NEIVA, 2005).

Duas mudanças nos padrões de normalidade citadas na reportagem são os níveis de colesterol e diabetes. Sobre o colesterol, uma corrente mais rigorosa defende que quanto

menores os índices, melhor para a saúde do paciente. “Muitos deles cogitam a prescrição de medicamentos redutores de substância, as estatinas, até mesmo para pessoas que estão abaixo dos níveis tido como ótimos” (NEIVA, 2005, p. 88). Limiares cada vez mais difíceis de serem alcançados.

No caso da diabetes, o nível normal de açúcar no sangue baixou de 110 para 100 miligramas por decilitro de sangue, e o limiar para pré-diabético passou a ser a glicemia entre 100 e 126. A nova definição provocou um aumento de 30% no número de pessoas enquadradas nesta categoria *pré* no Brasil (NEIVA, 2005).

A UM PASSO DA DOENÇA					
Nos últimos anos, foram divulgadas diretrizes mais rígidas para o diagnóstico de várias doenças. O quadro mostra essas novas definições e o impacto dessas mudanças					
CONDIÇÃO	PRÉ-DIABETES	PRÉ-HIPERTENSÃO	COLESTEROL	OSTEOPENIA (PRÉ-OSTEOPOROSE)	PRÉ-OBESIDADE
PARÂMETRO DE NORMALIDADE ANTIGO	Glicemia abaixo de 110 miligramas por decilitro de sangue	Nenhum. Até 2002, havia apenas as pessoas com pressão normal ou as hipertensas	Abaixo de 240 miligramas por decilitro de sangue	Até quinze anos atrás, não existia. Em geral, o diagnóstico ocorria apenas depois que a perda de massa óssea já superava 25%, o que caracteriza osteoporose	Índice de massa corpórea (IMC) de 18,5 até 27**
PARÂMETRO DE NORMALIDADE ATUAL	Glicemia abaixo de 100 miligramas por decilitro de sangue	Pressão arterial abaixo de 12 por 8**	Abaixo de 200 miligramas por decilitro de sangue	Entre 10% e 25% de perda de massa óssea	IMC entre 18,5 e 25
NÚMERO ATUAL DE BRASILEIROS QUE SE ENQUADRARIAM NA PRÉ-DOENÇA	10 milhões	30 milhões	40 milhões	33 milhões	45 milhões
TRATAMENTO	A redução de 7% do peso e cinquenta minutos de atividade física três vezes por semana reduzem em até 58% os riscos de diabetes. Remédios também podem ser indicados	Trinta minutos de atividade física três vezes por semana, no mínimo, e redução da ingestão de sal, gorduras e bebidas alcoólicas	Depende dos outros fatores de risco associados ao colesterol alto. Pessoas com dois ou mais fatores de risco, como tabagismo e histórico familiar, devem tomar estatinas para baixar o colesterol. Atividades físicas são recomendadas porque aumentam o HDL, o colesterol bom	A prática de exercícios físicos e o aumento na ingestão de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados. Alguns médicos recomendam o uso de medicamentos contra o processo natural de desgaste dos ossos	Hábitos de vida saudáveis, como exercícios físicos e dieta equilibrada. Remédios que reduzem a absorção de gorduras no intestino ou aumentam a saciedade só são indicados para pessoas que têm pelo menos uma complicação associada ao sobrepeso, como diabetes ou hipertensão
COMENTÁRIO	O pré-diabetes não é apenas uma condição prévia ao diabetes. Ele por si só já aumenta os riscos de problemas cardiovasculares, como infartos e derrames	Para alguns médicos, os novos padrões estão demasiadamente rigorosos, já que apenas metade dos pré-hipertensos desenvolve hipertensão	Uma corrente de médicos sugere a prescrição de estatinas inclusive para pessoas sem alterações nas taxas de colesterol. Para esses especialistas, não basta que o colesterol esteja baixo. Ele tem de ser o menor possível. A redução exagerada do colesterol, no entanto, pode acarretar sérios problemas ao organismo	Os estudos que mostram a eficácia do uso de remédios por esses pacientes ainda são controversos	O sobrepeso é ainda mais perigoso se o acúmulo de tecido adiposo estiver concentrado na região abdominal – esse tipo de gordura está diretamente associado ao aumento dos riscos cardiovasculares

** Nos Estados Unidos

Fontes: Fredly Goldberg Eliaschewitz, endocrinologista e pesquisador da Universidade de São Paulo; Kennedy Kirk, pneumologista da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Décio Mon, nefrologista do Hospital das Clínicas de São Paulo; Otávio Rizzo Coelho, presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo; Raul Santos Filho, diretor da Unidade Clínica de Dislipidemias do Instituto

Figura 27: A um passo da doença
Fonte: Neiva, 2005

A prevenção de muitas doenças crônicas, a exemplo do câncer e da diabetes, está associada à alimentação individual, como demonstra a reportagem “A saúde está na mesa”, de Neiva (2006). A motivação central da matéria foi um estudo recém-publicado que questionava os benefícios da alimentação na prevenção de doenças como o câncer. Após exibir detalhadamente todas as falhas e incongruência da pesquisa, a jornalista apresenta outros estudos que argumentam haver uma correlação entre alimentação e prevenção de doença, ao mesmo tempo em que apresenta infográficos explicativos sobre os melhores alimentos para prevenir cada tipo de doença e sobre a ação combinada de medicamento e alimento como modo

de aumentar a prevenção. No caso da pré-diabetes, o medicamento metformina diminui em cerca de 30% as chances de desenvolvimento do diabetes tipo 2, percentual que dobra quando o uso do remédio é associado a uma dieta rica em legumes e verduras e com baixo valor glicêmico, com restrição de açúcares e carboidratos, encontrados, por exemplo na batata e na farinha branca. Uma dieta equilibrada tem a capacidade de prevenir 25% dos tipos de câncer, evitar nove em dez casos de diabetes tipo 2 e reduzir em 90% o risco de doenças cardiovasculares (NEIVA, 2006).



Figura 28: Prevenir-se pela boca
Fonte: NEIVA, 2006

a abrangente, dividiu o pelo Instituto Nacionais dos Estados Unidos, 100.000 pessoas de te avaliou a influência na incidência do acidente que o mais de 160 gramas aumenta em 35% o risco de um acidente de trânsito de um motorista que usa a velocidade de 100 km/h.

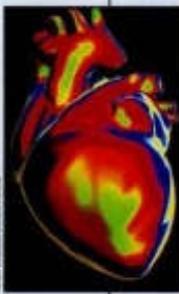
7% de todos os tipos de dieta for combinada com os efeitos serão pode evitar até 90% de doenças tipo 2 e doenças cardíacas há vários anos que mesmo são saudáveis, verduras, leite e o restante. A diferença é feita se descontrolada. Hoje, os nutrientes substâncias essenciais e minerais. O risco é rico em lipídios, além de dar o prevenção do câncer, benefícios da substâncias se o homem acabou de um hormônio sua absorção foi que países de gordura, como salgada e amarelo, continua para a saúde, o a diminuir a possibilidade de cogitar nos de estudos recentes para também, reduzir

AJUDA EXTRA

Combinada a medicamentos, uma dieta correta ajuda (e muito) no tratamento de doenças crônicas ou de determinadas condições clínicas que podem levar ao desenvolvimento de um distúrbio. Alguns exemplos:

COLESTEROL

As estatísticas em doses médias podem reduzir o colesterol ruim, o LDL, em até **40%**. Mas, se acompanhadas de uma dieta rica em vegetais, frutas, grãos integrais, óleos vegetais e azeite de oliva e peixe em carnes, leite integral e gorduras trans, o colesterol pode baixar em até **50%**.



OSTEOPOROSE

O medicamento de referência, da classe dos bisfosfonatos, só faz efeito quando há cálcio circulante no sangue. Associado a uma dieta pobre nessa substância, ele é capaz de resgatar apenas **1,5%** da massa óssea. Mas, em combinação com uma dieta rica em leite e derivados, e restritiva a álcool e café, o remédio pode levar a um ganho de massa óssea de até **5%**.

HIPERTENSÃO

Usados isoladamente, os anti-hipertensivos da classe dos bloqueadores de cálcio reduzem a pressão arterial máxima em **17 milímetros de mercúrio** e a mínima, em **12**. Ou seja, uma pessoa que tem pressão **15 por 9** passa a ter pressão **13 por 7**. Se o medicamento for associado a uma dieta que contenha frutas, vegetais, alimentos integrais, leite desnatado, nozes, carnes brancas e seja restritiva a alimentos salgados e com excesso de gorduras saturadas, o mesmo paciente pode ter sua pressão reduzida para **12 por 7**.

PRE-DIABETES

Quando administrado isoladamente, o remédio metformina diminui em cerca de **30%** a possibilidade de um pré-diabético vir a desenvolver diabetes do tipo 2. Esse efeito dobra quando o remédio está associado a uma dieta que inclua grande quantidade de legumes e verduras e seja restritiva a açúcares e carboidratos cozidos na friteira branca e na batata.



protege o cérebro contra doenças, entre elas o Alzheimer.

Apesar do enorme volume de informações, existem muitos pontos obscuros a respeito da relação entre alimentação e saúde. "Na verdade, essa é uma área em que ainda há mais perguntas do que conclusões", diz o endocrinologista Ricardo Bertolini Peres, de São Paulo. Por isso mesmo, alguns alimentos não são considerados benéficos, ou maléficos. Nada ilustra melhor esse vácuo científico que as considerações sobre o café e seu principal componente, a cafeína. Na década de 50, a FDA considerava a cafeína boa para o consumo. Em 1978, a mesma agência colocou em dúvida a segurança da substância. Em 1988, pesquisadores americanos afirmaram que o consumo de duas xícaras de café por dia poderia levar à redução da fertilidade feminina. Menos de uma década depois, outro estudo americano descartou essa hipótese. E, finalmente, no ano passado, uma pesquisa de peso, coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde, nos Estados Unidos, concluiu que consumir café sem cafeína pode aumentar os riscos de doenças do coração. O mesmo ocorreu com o chocolate. A longo prazo das dietas saudáveis (por conter alto teor de gordura e açúcar), ele foi considerado por estudos que apontam os benefícios da glicose para a memória e para o combate ao colesterol alto.

A partir das pesquisas sobre o impacto da dieta sobre a saúde, foram montadas camilhas da boa alimentação, pirâmides alimentares e guias que orientam portadores de determinados problemas de saúde, como o diabetes tipo 2, doença que afeta cerca de 170 milhões de pessoas no mundo. Nesse caso, especificamente, a dieta desempenha um papel fundamental, como mostra um amplo levantamento de Harvard, realizado há cerca de um ano. O guia da alimentação saudável para diabéticos ou pessoas com propen-

Figura 29: Ajuda extra
Fonte: NEIVA, 2006

*

A lógica de uma medicina diagnóstica e de *screening* (pré-requisito para inclusão de indivíduos em estados de risco) depende da crença de que os testes realmente funcionam. Mesmo quando a ciência erra, mantém-se a confiança – ainda que esta seja, por vezes, desestabilizada; mesmo que a ciência ofereça soluções com base na aposta, você aceita a aposta. Aronowitz (2009) expõe, por exemplo, que vários americanos que se depararam com testes *screening* de câncer falso positivo não se sentiram prejudicados, nem se tornaram céticos em relação a tais tecnologias de diagnóstico, pelo contrário, inseriram-se ainda mais em tal paradigma.

Além de haver a crença em tais tecnologias, a realização dos testes e a detecção precoce de uma enfermidade transmite aos indivíduos a noção de certo controle sobre a doença. Um dos modos de entender a legitimação da ciência, de seus discursos e suas práticas é a partir do discurso da *eficácia* e da redução de riscos associada. A eficácia aparece como “promessa de desvio positivo de uma trajetória projetada em declive”⁹ (ARONOWITZ, 2009, p. 429, tradução minha), quer dizer, como promessa de redução da probabilidade de ocorrência de resultados ruins provenientes da doença.

Nossa cultura é marcada pela crença de que os inúmeros testes diagnósticos, tecnologias de rastreamento, práticas preventivas, modos de gestão da doença com base em riscos futuros e práticas de constante autovigilância e vigilância médica irão tornar as pessoas mais saudáveis. Diante das incertezas da contemporaneidade, a proposta do cuidado de si, a partir do risco, soa atrativa por sugerir a possibilidade de controlar os processos de saúde/doença e de calcular o futuro. Mas será que, na busca por evitar um sofrimento posterior, não estaria sendo provocado um sofrimento no presente, momento este em que o indivíduo não está sofrendo – não há doença? A produção do risco e a promoção excessiva da eficácia dos correntes esforços de redução do risco parecem ter também custos psíquicos.

Nas reportagens sobre doença crônica ou sua categoria pré, observa-se a atribuição de responsabilidade ao indivíduo pelos cuidados com a sua saúde, seja na gestão da doença ou na prevenção da mesma, seja através de mudanças no estilo de vida (alimentação e práticas de exercícios físicos), uso de medicamentos ou, no caso de predisposição genética, através de intervenções médicas (fertilização *in vitro*, cirúrgicas e/ou medicamentosas) sobre o corpo – de um modo ou de outro, cabe ao indivíduo a responsabilidade de cuidar antes ou depois. Sobre a definição de quem está em risco, observa-se dois grupos principais: quem tem herança genética e quem adota um estilo de vida desregrado. Os riscos retratados são de advento da doença, no caso das condições *pré*, e de desenvolvimento de outras enfermidades a partir da doença primária. As orientações das reportagens são cuidado crônico com a saúde, contenção de prazeres (alimentares, álcool, cigarro), inserção na lógica de uma medicina preventiva e preditiva, com realização de exames para detecção precoce e acompanhamento de enfermidade, bem como intervenções técnicas para prolongamento da vida. Identificou-se três principais figuras responsáveis pelo aconselhamento: o médico e/ou cientista, o jornalista e o paciente. Para apresentar o saber médico-científico, são adotados *boxes* e infográficos explicativos. Uma estratégia retórica amplamente empregada é o uso de testemunhos e depoimentos de pacientes

⁹ Texto original: “efficacy is a promise of a positive deviation from a projected downhill trajectory”.

sobre a experiência da doença real ou potencial, que narram a gestão individual da doença, os sentimentos associados e as decisões tomadas. Esta estratégia aponta tanto para o fazer jornalístico (uso de fontes) quanto para uma característica da nossa cultura: a publicização da dor. É nesta linha que é possível compreender o fato das atrizes Angelina Jolie e Christina Applegate terem exposto publicamente a realização da mastectomia profilática.

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE	
Diabetes	Pré-diabetes
<ul style="list-style-type: none"> • Autovigilância • Pensamento constante sobre a doença • Medo de complicações futuras e/ou desenvolvimento de outras doenças • Cuidados: medicamento e mudança de estilo de vida (alimentação e prática de exercícios físicos) • Cuidado crônico 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é doença, mas probabilidade • Parecido com vida cotidiana • Tratamento não agressivo • Propõe mudança no estilo de vida, por vezes, associada ao uso de medicamentos • Medo desenvolvimento da diabetes e/ou doenças correlatas – pesquisas já demonstram associação com desenvolvimento do câncer, por exemplo.
Câncer	Pré-câncer
<ul style="list-style-type: none"> • Autovigilância • Constantes exames médicos para acompanhamento da doença e de uma possível recidiva • Medo retorno da doença • Medo de complicações advindas dos tratamentos realizados • Muitos cânceres têm fatores de risco ligados a estilo de vida • Cuidados: ação externa (intervenção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia) e mudança de estilo de vida • Cuidado crônico 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é doença, mas probabilidade • Tratamento agressivo: intervenção cirúrgica ou quimiopreventiva • Medo do desenvolvimento da doença

Tabela 01: Experiência do paciente
Fonte: Elaborada pela autora, 2018

3.4. NARRAR A DOR

Na cultura contemporânea, observa-se uma expansão do discurso autobiográfico no espaço público. A narração de si com cunho terapêutico, antes mais restrita e secreta, direcionada ao padre, ao analista ou ao tribunal, como apontam os estudos de Foucault (1988) sobre a confissão, amplia-se por uma infinidade de canais de comunicação. Na televisão, a apresentadora Xuxa narra ter sido vítima de abuso sexual na infância; no jornal *online*, o ator Leonardo DiCaprio declara ter Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); na revista, o ator Reynaldo Gianecchini conta sobre seu tratamento do câncer; no *instagram*, usuários aderem à campanha *#medicatedandmighty* (em português: medicado e poderoso), publicando fotografias das embalagens e/ou receitas de seus medicamentos psiquiátricos. A apresentadora Xuxa esperava que o seu testemunho contribuísse para aumentar a denúncia de abusos sexuais. As celebridades internacionais, ao exporem publicamente seus TOCs, esperavam contribuir para a desestigmatização dos transtornos mentais, de modo semelhante ao grupo de pacientes que aderiu à campanha *#medicatedandmighty*. No caso do câncer, testemunhos variados visam combater a associação da doença com a morte.

Radstone (2006) argumenta que um modo de estimar mudanças entre as culturas moderna e contemporânea é a passagem da confissão para o testemunho como discurso autobiográfico privilegiado. O testemunho é endereçado ao indivíduo qualquer, ao contrário da hierarquia entre sujeito da enunciação e interlocutor, verificada nos estudos foucaultianos sobre a confissão. Também pode ter dimensão de desafio, sendo endereçado ao indivíduo que causa o sofrimento, ou por ser agente principal – por exemplo, o Estado que não oferece serviços adequados de saúde – ou por não compreender o sofrimento narrado – a intolerância e o preconceito provocariam mais sofrimentos ao indivíduo. O critério de verdade estaria não mais na cisão do sujeito (prática da confissão), mas no custo psíquico de ir a público narrar a sua experiência, por exemplo: a coragem de mostrar as cicatrizes do tratamento do câncer ou de narrar que se submeteu a uma mastectomia bilateral em caráter preventivo. Pode-se supor que parte das dificuldades de narração residiria nas formas de silenciamentos praticadas pelo causador do sofrimento ou pela sociedade, quando esta realiza um julgamento moral (VAZ, SANTOS, ANDRADE, 2014).

A confissão previa o exame de consciência e a direção da mesma, por parte do pastor. O conflito interno do sujeito se dava entre seus atos e desejos de um lado e, de outro, as regras morais. A fórmula explicativa do sofrimento é “sofro por minha culpa”. O discurso confessional

é um discurso de agente, do que se fez, sentiu e/ou desejou. No testemunho, argumenta Radstone (2006, p. 170, tradução minha), “o sujeito não está mais em conflito consigo mesmo, mas se constitui como inocente ou como sujeito paciente em relação aos demais agentes ou eventos envolvidos”¹⁰. Em se tratando de experiência, o testemunho tende a ser um discurso de vítima (VAZ, SANTOS, ANDRADE, 2014).

Nas narrativas analisadas, comumente deparou-se com o termo vítima em associação à doença, por exemplo “vítima do câncer”. Acompanhando a caracterização, encontra-se uma narrativa de superação. O título do livro de Sophie Sabbage (2017) é evidente: “O que o câncer me ensinou – encontrando coragem, sentido e uma nova perspectiva de vida”. O sofrimento do presente, além de carregar os sentidos do medo e da morte, pode ser também ressignificado como caminho para a renovação e para um novo pensamento sobre a vida – esta apreensão do sofrimento se assemelha ao entendimento cristão.

Sabbage (2017, p. 37) fala sobre uma nova perspectiva na relação com o câncer, que possibilite a descoberta “dos tesouros ocultos e inimagináveis que seu câncer pode oferecer quando você lhe dá atenção e lhe pergunta o que ele o convida a mudar em sua mente, em seu coração e em sua maneira de ser”. Entende que os acontecimentos não são apenas “coincidências aleatórias – e que as minhas interpretações determinavam a qualidade da minha experiência –, mas sim oportunidades para que eu despertasse e me transformasse” (SABBAGE, 2017, p. 174). O câncer seria, em seu entender,

uma oportunidade de mudar, de se tornar mais de você mesmo, não menos, e de transformar suas percepções, ainda que você não possa alterar o curso da doença. Eu posso, por exemplo, oferecer a você este livro e posso compartilhar o que faço na esperança de que isso o inspire a fazer escolhas mais inteligentes (SABBAGE, 2017, p. 180).

Seu testemunho do câncer, além de apresentar a sua reinvenção a partir da doença, tem também a dimensão de ajudar os outros a lidarem com a experiência de ter a enfermidade e de inspirarem-nos a mudar a relação com o câncer. Com isto, reconfigura sua identidade de vítima a partir das categorias da superação e da força. O sofrimento a dignificaria por torná-la exemplo de coragem, de luta e de sucesso. A questão aqui não seria exatamente vencer a doença, mas bem gerir as suas emoções.

Antes do câncer, Sabbage não tinha rede social e nunca tinha publicado nenhum de seus escritos. A narração do sofrimento pode ser pensada como um processo terapêutico, um dos

¹⁰ Texto original: “the subject is no longer in struggle with itself, but constitutes itself as innocent or ‘done to’ in relation to implicated other/s or events” (RADSTONE, 2006, p. 170).

passos para o alcance da cura – numa dimensão mais psicológica que orgânica. Tal processo pode ser potencializado se associado a interações com outros atores sociais, pacientes ou não, como ocorre nos grupos de paciente, nas comunidades virtuais de saúde, nos blogs e no *instagram*, pelas maiores possibilidades de diálogo, compartilhamento de experiências e suporte social.

Nestas interações, dois movimentos podem ser identificados. Primeiro, a constituição de uma comunidade de sofredores, quer dizer, a formação de um grupo de pessoas em torno de um sofrimento comum. Esta formação é especialmente identificada nos grupos de apoio a pacientes e nas comunidades virtuais de saúde, em que se verifica o compartilhamento da experiência da doença, do gerenciamento da mesma, das emoções suscitadas, mas pode aparecer também nos *blogs* e perfis em redes sociais, através dos comentários de outros pacientes sobre a postagem feita.

Segundo, também se identifica nas comunidades virtuais, nos *blogs* e no *instagram*, grande presença de familiares e amigos dos pacientes. Arendt (2011) observa uma política do sofrimento marcada pela separação entre felizes, que observam o espetáculo do sofrimento dos outros sem dele poder partilhar, e infelizes – “sem o infortúnio, a piedade não existiria”. Aplicando a formulação aos testemunhos de saúde e doença, pode-se marcar um jogo entre os felizes saudáveis e os infelizes enfermos, que sofrem e enfrentam dificuldades na vida cotidiana com a doença crônica. O espetáculo contemporâneo do sofrimento dos doentes não conduz os felizes à ação política, como se tinha na política da piedade; os felizes saudáveis parecem assumir mais o papel da compaixão, de uma paixão por um sofrimento específico e por pessoas determinadas. Não raro, familiares e amigos dos enfermos são encontrados em comunidades das quais o próprio familiar/amigo doente muitas vezes nem participa, com a justificativa de melhor entender a experiência da doença para oferecer suporte necessário e auxiliar no gerenciamento da mesma. Uma das motivações dos pacientes para o ingresso em comunidades virtuais e grupos de apoio é o suporte social, assumido não apenas por outros pacientes, mas também por esses estranhos felizes que oferecem compaixão. Quando os testemunhos de pacientes são inseridos em narrativas jornalísticas, todavia, o intuito não é gerar compaixão, mas uma identificação entre audiência e sofredor, a partir do sofrimento narrado, a fim de que o leitor possa conceber o evento como passível de acontecer consigo e, assim, possa atentar para os cuidados com a saúde.

Mas até que ponto podemos conceber um infeliz enfermo em nossa cultura? Na contemporaneidade, a publicização do sofrimento é acompanhada também por uma “tirania da

positividade” (FREIRE FILHO, 2012), que pretere os sentimentos negativos, como raiva e tristeza, na relação com a doença.

Meu marido, John, me acompanhou ao hospital no dia em que fiz a primeira sessão de radioterapia. Quando ainda estava sentada na sala de espera, recebi uma mensagem afetuosa de uma amiga, e talvez não tivesse deixado as lágrimas correrem tão livremente se John não estivesse ao meu lado. A enfermeira designada para me atender se aproximou de imediato para perguntar se eu estava bem. A preocupação dela me pareceu sufocante em vez de reconfortante; era como se ela tentasse me neutralizar em vez de me apoiar, **como se, de alguma forma, minhas lágrimas me prejudicassem, alarmassem os outros pacientes ou, pior, lhes dessem permissão para chorar também [...]**

– Você está bem? - perguntou a enfermeira de novo, dessa vez com mais urgência, sua ansiedade se infiltrando em minha pele. Segurei com suavidade a mão dela para confortá-la antes de responder:

– **Acho que devo ser a única aqui que está bem.**

Ela recuou, confusa e em dúvida sobre o que dizer ou como ajudar, já que eu era não podia ser convencida a parar de chorar. Então se afastou silenciosamente e manteve distância em minhas visitas subsequentes ao hospital. **Eu era uma anomalia, uma anomalia vulnerável e sem pudores num contexto onde predominava a censura ao sofrimento** (SABBAGE, 2017, p. 19-20, grifo meu).

A jornalista e paciente Ehrenreich (2009) aborda que o pensamento positivo parece ser mandatório no mundo do câncer de mama, seu universo de análise. Profissionais de saúde e demais pacientes valorizam uma atitude positiva diante da doença e do tratamento, ao mesmo tempo em que rejeitam manifestações de tristeza, raiva ou medo – “Sorria ou Morra”. O efeito de toda a positividade em torno do advento do câncer é transformá-lo num rito de passagem no ciclo da vida, como a menopausa.

Como experimento, Ehrenreich (2009) postou no *Komen.org* uma mensagem com o título “Raiva”, expondo suas reclamações sobre os efeitos debilitantes da quimioterapia, das companhias de seguro, dos agentes cancerígenos no meio ambiente e, de modo mais ousado, das piegas fitas cor de rosa. Como resposta, recebeu um coro de repreensões: ‘uma má atitude não ajuda em nada’; ‘raiva é uma perda de tempo’; ‘precisa de ajuda urgente’ e, por isso, uma das internautas pediu a todos do site para rezarem por ela.

Esta gestão das emoções nos modos de lidar com a doença e o tratamento correspondente está inserida num contexto mais amplo de intensa produção discursiva sobre a felicidade e a “tirania da positividade” na cultura contemporânea, como mostra Freire Filho (2010; 2012). Os discursos produzidos por distintas instituições incentivam um comprometimento subjetivo com valores e horizontes de experiências da positividade. O

resultado é a reação surpresa da enfermeira, ao visualizar as lágrimas de Sabbage, e das pacientes de câncer de mama, ao lerem a postagem de Ehrenreich. “Na era de sua reprodutibilidade científica, a felicidade desponta como recurso estratégico para a *otimização* da saúde”; aparece como “*bem subjetivo* ou *capital psicológico positivo* passível de ser acumulado e investido em diversos fins” (FREIRE FILHO, 2010, p. 50). O aumento em nosso bem-estar subjetivo, complementa o autor, é um projeto individual, dependente de nossa dedicação. Para a psicologia positiva, querer é poder; a felicidade está intimamente associada à gestão emocional e ao condicionamento mental. Assim, os maiores empecilhos à felicidade seriam pensamentos limitantes, sombrios, negativos (FREIRE FILHO, 2010).

Ehrenreich (2009) explica que as palavras “vítima” e “paciente” são preteridas por carregarem o sentido de autopiedade; no lugar, opta-se pela adoção de metáforas de guerra, que descrevem as pacientes em tratamento como mulheres fortes, ferozes, guerreiras, em luta, em batalha. Quando os tratamentos são finalizados, recebem a alcunha de “sobreviventes”. A autora observa que, na cultura positivista criada em torno do câncer de mama, os mártires pouco contam; são os sobreviventes que merecem honra e clamor, pois lutaram e alcançaram o sucesso do tratamento. Algumas mulheres foram inclusive retiradas do grupo de apoio, quando o câncer evoluiu para o estágio metastático, pois ficou claro que elas não receberiam a alcunha de sobrevivente (EHRENREICH, 2009).

*

Na rede social *online instagram*, uma busca pela *hashtag* (#) *#prediabetes*, em novembro de 2017 (mês mundial de conscientização da diabetes), resultou em 15.768 publicações. Identificam-se várias postagens sobre *disease awareness*, medo, risco/controle, alimentação, exercício físico e identidade do paciente.

Na categoria *disease awareness*, inserem-se postagens¹¹ explicativas de empresas de saúde (incluindo contas de profissionais de saúde, médicos e nutricionistas), exercícios físicos e alimentação saudável, que visam reforçar a condição médica, apontando para alta prevalência na sociedade, seguida de um subdiagnóstico e subtratamento. O pré-diabetes é apontado como um caminho para o diabetes que pode ser revertido, devendo ser, então, compreendido como uma oportunidade de mudança e de ação com vistas a mudar o futuro crônico. O pré-diabetes é ainda apresentado não apenas como uma condição anterior à doença, que não ofereceria riscos

¹¹ Para preservar a identidade, os nomes dos usuários não serão expostos.

ao doente, mas como uma condição médica que já oferece riscos à saúde, aumentando, por exemplo, as chances de infarto, derrame e morte. Por esta razão, deveria ser conferida grande atenção a ela. É bastante evidente a recuperação da estratégia *marketing* do medo, apresentada anteriormente, tanto em relação ao caráter de risco da pré-diabetes e da diabetes em si.

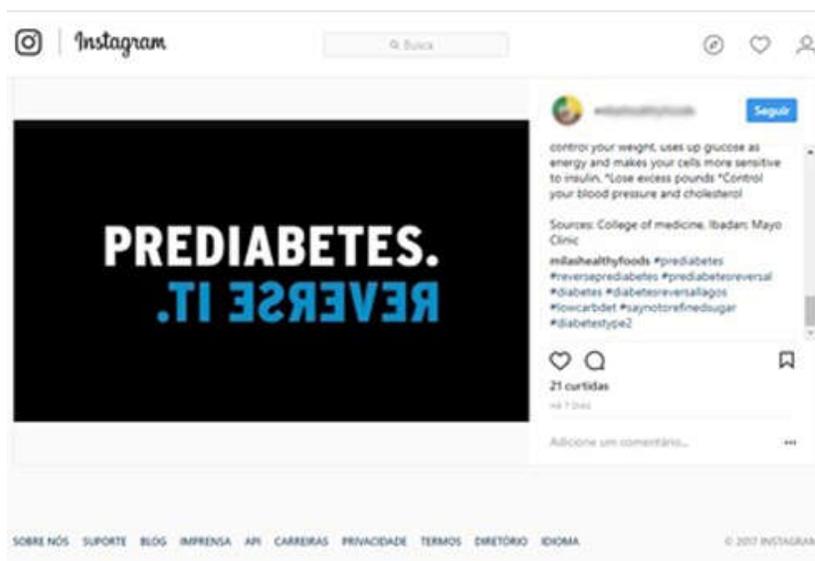


Figura 30: Pré-diabetes reversível
Fonte: Instagram, 2017

Prediabetes é uma condição em que o nível de açúcar no sangue de um indivíduo é maior do que o normal, mas ainda não é alto o suficiente para ser diagnosticado como diabetes tipo 2. **Sem mudanças no estilo de vida, é muito provável que pessoas com pré-diabetes progridam para o diabetes tipo 2. Eles podem até mesmo começar a ter os danos do diabetes a longo prazo - especialmente no coração, nos vasos sanguíneos e nos rins. Infelizmente, geralmente não há sintomas.** As estatísticas mostram que existem 1,5 milhões de casos na Nigéria a cada ano. **A boa notícia é que a progressão do pré-diabetes para o diabetes tipo 2 pode ser interrompida. Comer alimentos saudáveis, incorporar a atividade física em sua rotina diária e manter um peso saudável pode ajudar a elevar o nível de açúcar no sangue ao normal. O pré-diabetes afeta adultos e crianças**¹². [...] # Prediabetes #inverteprevedimentos #prediabetesreversivel #diabetes #diabetesreversallagos #dietalowcarb # saynotorefinedsugar # diabetestipo2 (grifos meus)

¹² Texto original: “Prediabetes is a condition whereby an individual's blood sugar level is higher than normal but not yet high enough to be diagnosed with type 2 diabetes. Without lifestyle changes, people with prediabetes are very likely to progress to type 2 diabetes. They may even already start to have the long-term damage of diabetes — especially to their heart, blood vessels and kidneys. Unfortunately, there are usually no symptoms. Statistics show that there are 1.5million cases in Nigeria each year. The good news is progression from prediabetes to type 2 diabetes can be halted. Eating healthy foods, incorporating physical activity in your daily routine and maintaining a healthy weight can help bring your blood sugar level back to normal” Prediabetes affects adults and children. [...]#prediabetes#reverseprediabetes#prediabetesreversal#diabetes #diabetesreversallagos#lowcarbdet #saynotorefinedsugar#diabetestype2_(grifos meus)



Figura 31: Informativo pré-diabetes
Fonte: Instagram, 2017

Pré-Diabetes - Já imaginou se o corpo humano contasse com um sistema de alarme que dispara quando o risco de desenvolver uma doença aumenta? Não seria uma chance de mudar seu futuro? A maioria das pessoas não sabe o que é pré-diabetes. Uma pesquisa feita pela SBD em parceria com o laboratório farmacêutico Abbott apontou que apenas 30% dos pacientes tinham informações sobre essa condição. [...] Obesos, hipertensos e pessoas com alterações nos lipídios estão no grupo de alto risco. É importante destacar que 50% dos pacientes nesse estágio 'pré' vão desenvolver a doença. O pré-diabetes é especialmente importante por ser a única etapa que ainda pode ser revertida ou mesmo que permite retardar a evolução para o diabetes e suas complicações. Por que existe essa preocupação? Muitos pacientes, ao serem comunicados de que têm pré-diabetes, não enxergam ali uma oportunidade. Deixam para 'cuidar' quando o problema se agravar. Só que o pré-diabetes pode prejudicar nervos e artérias, favorecendo diversos outros males, a exemplo de infarto e derrames. [...] De acordo com a International Diabetes Federation, entidade ligada à ONU, existem no mundo mais de 380 milhões de pessoas com diabetes. Na maioria dos casos, a doença está associada a condições como obesidade e sedentarismo, ou seja, **pode ser evitada. É possível reduzir a taxa de glicose no sangue com medidas simples. Perder de 5 a 10% do peso por meio de alimentação saudável e exercícios faz uma grande diferença na qualidade de vida. **Mexa-se!** Fatores de risco: Assim como Diabetes Tipo 2, o pré-diabetes pode chegar à sua vida sem que você perceba. **Ter consciência dos riscos e buscar o diagnóstico é importante [...]****

[#exerciciotransforma#porummundomaisativo#exercicio#saúde#movimentes#movimentoevida#viver#viverbem#bemestar#qualidadedevida#vctbpode#vemvctb#motivacao#boraviver#boraaaa#diabetes#prediabetes#importante#co
msaude#mexase](#) (grifos meus)

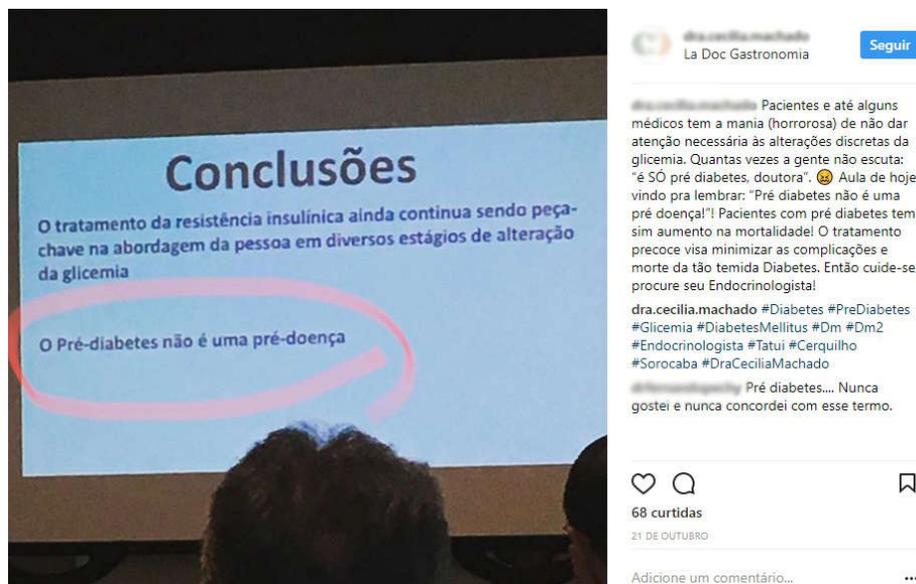


Figura 32: Pré-diabetes
Fonte: Instagram, 2017



Figura 33: Morte diabetes
Fonte: Instagram, 2017

A cada 6 segundos uma pessoa morre de Diabetes no mundo. Metade dos adultos com diabetes seguem sem diagnóstico! E metade não tomam os remédios prescritos e muito mais não aderem as mudanças. De hábitos necessárias para o controle e muitas vezes, remissão da doença! **A previsão para 2040, é de 1 para cada 10 pessoas tenham Diabetes mas os dados de 2015 já mostram a proporção de 1:11 !!!** O que precisamos mais para mudar nossa forma de nos alimentar e viver ?? Entre vice [sic] também na luta pela prevenção dessa doença que **mata silenciosamente ... talvez esse seja o**

problema. **Será que ela silenciosa ou nós é que deixamos de escutar nosso corpo ?** Voce se sente cansado(a), a barriga não te pertence ?, sua vista tem oscilado ? Os exames pioram a cada ano mas ainda não está com glicemia alterada ? Seu triglicérides está alto ? Tem gordura no fígado ? Todos esses podem ser sinais de resistência insulínica a causa do Diabetes. Consulte seu médico sobre pré Diabetes [#diabetes#prevencao](#) [#prediabetes#gorduraabdominal](#) [#gorduravisceral#esteatosehepatica](#)

O discurso médico é reproduzido por pacientes e por familiares (figuras 37 e 38) através de postagens com mesmo teor e sequência narrativa: alta prevalência da doença, subdiagnóstico, subtratamento, convite ao diagnóstico e à realização de exames e apresentação dos riscos à saúde.

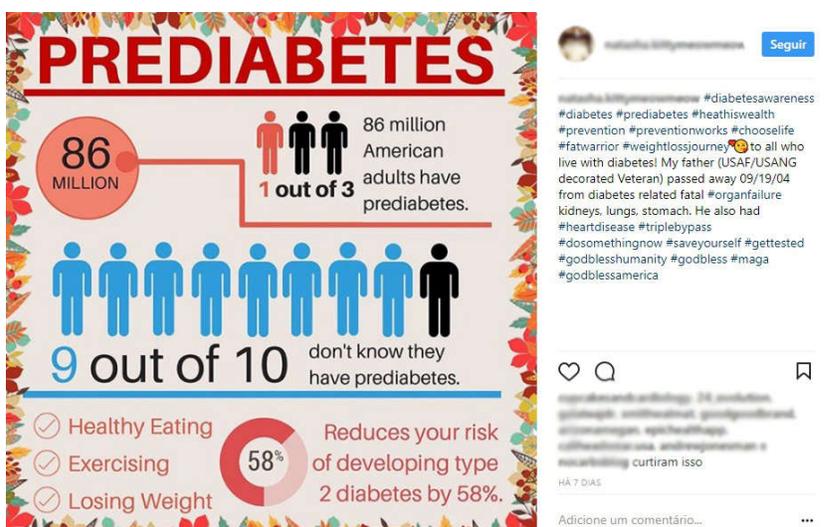


Figura 34: Prevalência pré-diabetes
Fonte: Instagram, 2017



Figura 35: Mês diabetes
Fonte: Instagram, 2017

A responsabilização é conferida ao indivíduo na medida em que cabe a ele – e só a ele – a orientação do seu futuro, a partir dos cuidados com a sua saúde. A relação temporal presente-futuro aparece em diversas postagens dos pacientes: são as escolhas no presente que irão orientar seus resultados futuros, e a luta – vocábulo usual destas narrativas – deve ser diária para alcançar um futuro mais saudável.



Figura 36: Penhasco
Fonte: Instagram, 2017



Figura 37: Futuro
Fonte: Instagram, 2017

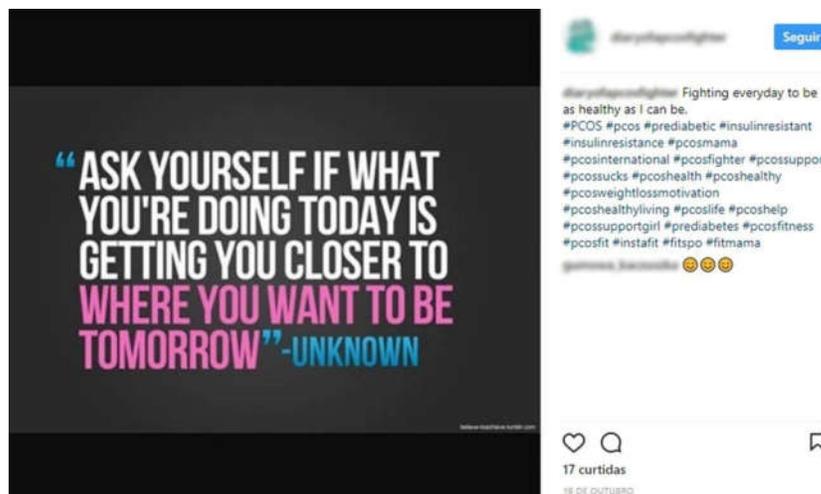


Figura 38: Futuro 2
Fonte: Instagram, 2017

A alusão ao medo também aparece em várias mensagens tanto relativas à experiência do diabetes quanto do pré-diabetes. Uma paciente manifesta-se: “Junto com a síndrome e os pesos que ganhei, veio também a tão temida ‘pré-diabete’” [sic] e estou fazendo tratamento com metformina para cuidar dessa parte.” Outra paciente (figura 42) indaga: “como sua vida mudaria se você fosse diagnosticado com a ameaçadora doença que lhe falaram que é incurável?” (tradução minha).



Figura 39: Medo
Fonte: Instagram, 2017

“Tudo que você precisa está do outro lado do medo” é a frase eleita pela paciente para contar sobre sua nova fase de vida, sobre o novo dia, o novo começo com mudanças de estilo de vida, especialmente nos hábitos alimentares (figura 43). Diante do medo, duas opções: fugir ou encarar (figura 44). Do outro lado do medo, está a superação.



Figura 40: Medo 2
Fonte: Instagram, 2017

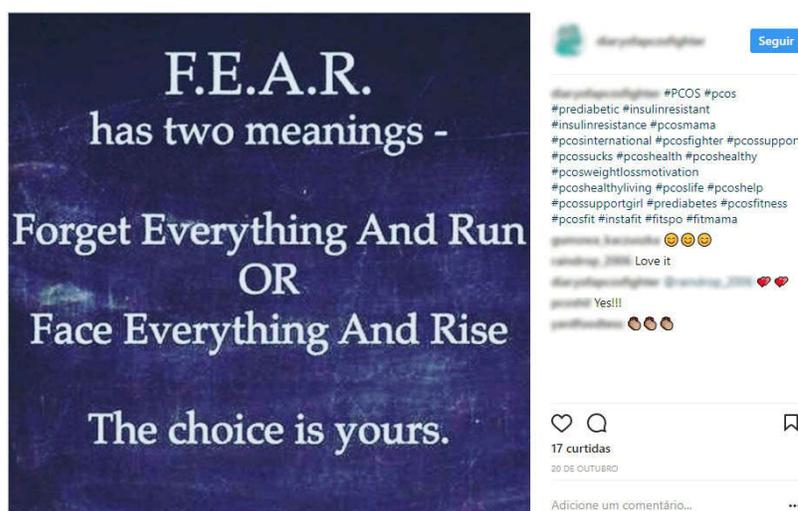


Figura 41: Medo 3
Fonte: Instagram, 2017

Os cuidados da pré-diabetes aparecem especialmente associados à mudança de estilo de vida, sendo frequentes postagens sobre alimentação, inclusive com uso do humor (p.ex.: a imagem de uma maçã envolta por uma faixa com a palavra “coxinha”), e sobre a prática de exercícios físicos.

Identificaram-se pacientes que adotam a *hashtag* #prediabetes irrestritamente nas postagens realizadas, inclusive no dia do casamento (figura 45); alguns que se identificam como pré-diabéticos já na descrição do perfil do *instagram*; e outros que publicam fotografias que retratam momentos do gerenciamento da doença, a exemplo das postagens a seguir de uma paciente potencial (figura 46) e de uma paciente com diabetes tipo 1 (figura 47). Nos dois casos,

observa-se o reforço da identidade de paciente e uma relação estreita com as estratégias da campanha *#medicatedandmighty* (medicado e poderoso).



Figura 42: Casamento
Fonte: Instagram, 2017



Figura 43: Autovigilância
Fonte: Instagram, 2017

Com histórico familiar de pré-diabetes, a paciente potencial tem monitorado o nível de açúcar no sangue duas vezes por ano ao longo dos últimos anos. Após consultar uma nutricionista, passou a monitorar algumas vezes por semana para melhor identificar o impacto das refeições no nível de açúcar no sangue. “Alguns dias serão difíceis, mas vou me sentir muito melhor [...] Estou ansiosa para saber como estou indo em vez de apenas esperar que eu esteja

fazendo a coisa certa”¹³. Pela fotografia identificamos que a paciente é jovem, nem ela nem a família receberam o diagnóstico de diabetes e, mesmo assim, há alguns anos ela já se submetia a exames frequentes para checagens de sua saúde. Agora, com a mudança sugerida pela nutricionista, ela irá inserir-se em uma rotina de maior autovigilância e esta mudança a tranquiliza.



Figura 44: Paciente diabética
Fonte: Instagram, 2017

A paciente acima exhibe o CGMS, monitor de glicemia, para retratar o seu preparativo, enquanto diabética, antes da atividade física de corrida. Como resposta, recebe mensagens motivacionais, agradecimentos pela postagem e compartilhamento de experiências com a corrida, escritas por pacientes e também por um familiar.

Na cultura contemporânea, nota-se uma considerável participação de pacientes crônicos na rede através de *blogs*, perfis no *instagram*, grupos do *facebook* e outras comunidades virtuais de saúde. As principais motivações para o engajamento *online* em assuntos de saúde parecem ser a busca por informações, o compartilhamento de saberes e experiências individuais na gestão da doença e o suporte social.

O compartilhamento de experiências na gestão da doença é também um modo de reforçar a identidade enquanto sujeito enfermo e o senso de pertencimento a um grupo. É

¹³ Texto original: Some days it will be tough but I will feel so much better for it. I just have to keep pushing through. I am excited to track how I am doing rather than just hoping I am getting it right.

comum uma narrativa de reforço identitário e de aceitação da doença construída a partir das mudanças que a enfermidade trouxe para a vida. Na postagem abaixo, a mesma paciente destaca que a diabetes tornou-a quem ela é hoje¹⁴ e que, para ela, não existe um mês de diabetes, mas dada sua condição crônica, são todos os meses do ano.



Figura 45: Paciente diabética 2
Fonte: Instagram, 2017

Outra motivação para o compartilhamento de experiências com a doença é ajudar outros pacientes que lidam com os mesmos sofrimentos. Uma ex-doente potencial, após reverter a sua situação de pré-diabética, narra sua história e explica:

Minha única esperança é que, ao compartilhar minha história, de alguma forma eu possa inspirar os outros a SABER E ACREDITAR que eles podem ter sua vida de volta e que o que eles pensam que NUNCA acontecerá PODE acontecer! Eu acredito que ALGUÉM tem a capacidade de recuperar sua vida! #DescubraSuaLiberdade¹⁵.

O texto complementa fotografia do antes e depois dela perder 45,3 kg (100 pounds).

¹⁴ Texto original: “it has made who I am today”

¹⁵ Texto original: “My only hope is that by sharing my story it can somehow inspire others to KNOW AND BELIEVE that they can have their life back and that what they may think is NEVER going to happen CAN! I believe that ANYONE has the ability to take back their life! #DiscoverYourFreedom”



Figura 46: Paciente pré-diabética
Fonte: Instagram, 2017

A alusão à adoção de um pensamento positivo na gestão da doença também apareceu nas postagens do *instagram*. Como exemplo, cita-se a postagem da paciente de uma fotografia com o texto: “uma mente negativa nunca lhe dará uma vida positiva”¹⁶. Na legenda, ela defende a importância da adoção de uma mentalidade positiva, diz que costumava ter uma perspectiva negativa sobre a vida, mas conseguiu trabalhar isso dentro de si e, dada sua experiência, pode ajudar os demais neste processo de transformação. “Se você está preso ou lutando – por favor, me mande uma mensagem”¹⁷.



Figura 47: Pensamento positivo
Fonte: Instagram, 2017

¹⁶ Texto original: “A negative mind will never give you a positive life”.

¹⁷ Texto original: “[...] if you are stuck or struggling – please message me!”

*

IDENTIDADE

“Como novos modos de classificar criam, ou eliminam possibilidades para a ação? Como as classificações de pessoas afetam as pessoas classificadas, como mudamos em virtude de sermos classificados, e como as maneiras como mudamos têm uma espécie de *feedback* sobre nossos próprios sistemas de classificação?” (HACKING, 2009, p. 115). Aos questionamentos de Hacking, acrescenta-se ainda: por que as pessoas desejam ser classificadas? A questão conduz, de modo implícito, a pensar não apenas o que somos, mas também o que poderíamos ser.

Não existiam pré-diabéticos no século XIX, quer dizer, não existia a classificação da doença e nem a classificação de indivíduos como doentes. Uma vez que a classificação exista, novos modos de ser também passam a existir. Hoje não apenas nos deparamos com a publicação “a diabetes tornou-me quem eu sou”, como ela parece não causar estranhamento ao público em geral. Não é natural nem evidente que os indivíduos conduzam suas experiências cotidianas a partir de uma classificação *pré*, que queiram ser concebidos como tal e que definam suas identidades a partir de algoritmos, tecnologias de imagem, taxas do sangue e estatísticas. Na linha de Hacking e Foucault, podemos pensar que a imensa proliferação de rótulos iniciada no século XIX pode ter produzido muito mais tipos de pessoas, modos de ser ou condições de personalidade.

Que cultura é esta em que as pessoas desejam ser classificadas como pacientes?

Conrad (2006) é enfático ao afirmar que definições e perspectivas médicas tornaram-se parte de nossa cultura, a ponto de o diagnóstico de uma doença poder se tornar uma parte central na identidade individual. Entre a cultura e a identidade, há também a dimensão do consumo. Furedi (2002), por sua vez, aborda que o reconhecimento tem uma função terapêutica. Numa cultura em que o *self* necessita de uma contínua afirmação, o reconhecimento confere validade à condição ou à experiência de vulnerabilidade. “Para o indivíduo, a revelação de uma vulnerabilidade tem o *status* de uma confirmação moral que promove uma afirmação social e cultural” (FUREDI, 2002, p. 24, tradução minha)¹⁸. Por isto, tem se tornado cada vez mais comum as pessoas se autodefinirem a partir de diagnósticos médicos ou de termos psicológicos, ao mesmo tempo em que surgem novas classificações de doenças a cada novo DSM (*Diagnostic*

¹⁸ Texto original: “For the individual, the disclosure of vulnerability has the status of a moral statement that invites social and cultural affirmation.”

and *Statistical Manual of Mental Disorders*¹⁹) e CID²⁰ (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e são criados novos limiares a cada nova diretriz clínica das especialidades médicas. Aqueles que promovem *awareness* defendem que a identificação do problema é útil em si mesmo, porque qualquer possível dano causado pela rotulagem é superado pelos benefícios à autoestima do indivíduo – apenas numa cultura que valoriza a autoestima é possível entender esta associação e valorização.

O diagnóstico é um instrumento de subjetivação, fornece narrativas para os modos de ser do indivíduo, para a construção de suas experiências e para a sua percepção enquanto sujeito enfermo que necessita de intervenção específica. O diagnóstico autentica o sofrimento. “Num momento de insegurança existencial, um diagnóstico médico pelo menos tem como valor a definição. Uma doença explica um comportamento do indivíduo e ainda ajuda a conferir um senso de identidade”²¹ (FUREDI, 2002, p. 24).

Um indivíduo com tristeza recorrente e baixa disposição para trabalhar, ao ser diagnosticado com depressão, adquire uma explicação técnica para seu sofrimento. Não se trataria de falta de vontade para inserir-se nas rotinas produtivas, mas haveria uma deficiência no nível de neurotransmissores, como a serotonina. De modo semelhante, pode-se compreender uma criança diagnosticada com déficit de atenção ou dislexia. Com o diagnóstico, deixa de ser julgada pelo sistema escolar, ganha reconhecimento social e suporte moral.

Mas, e no caso das doenças orgânicas, como podemos apreender o desejo identitário? O mesmo argumento se aplicaria? Parece aplicável especialmente no caso das doenças assintomáticas, quando apenas uma detecção técnica pode orientar a intervenção sobre o corpo, a experiência da doença e, por conseguinte, o reconhecimento social. Apenas o diagnóstico autentica o novo modo de agir, orientando um novo modo de ser. No reforço identitário, está implícito também o combate ao preconceito e a valorização da autoestima. Estes temas podem ser facilmente apreendidos a partir da experiência do câncer, com estigmas e tabus que carrega. No caso do câncer, o reforço identitário do paciente conduz ainda à apreensão de uma nova categoria, o sobrevivente, que acena para a experiência do trauma.

¹⁹ O DSM, em português Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é uma publicação da Associação Americana de Psiquiatria, que influencia não apenas a psiquiatria dos Estados Unidos, mas de quase todos os países, incluindo o Brasil. Além disso, serve como referência para o sistema de classificação de doenças da Organização Mundial de Saúde.

²⁰ O CID é uma publicação da Organização Mundial de Saúde. Cada doença tem um número do CID. A cada novo CID publicado, doenças podem ser acrescentadas e outras retiradas. No CID-06 (1948), por exemplo, o homossexualismo era classificado como “personalidade patológica”; no CID-08 (1965) passou para a categoria “desvio e transtornos sexuais”; no CID-10 (1990), foi excluído da categoria de doenças, perdendo o sufixo -ismo.

²¹ Texto original: “At a time of existential insecurity, a medical diagnosis at least has the virtue of definition. A disease explains an individual's behavior and it even helps confer a sense of identity.”

Em outubro de 1966, apesar do desastre de Aberfan (colapso de uma mina de carvão na vila Aberfan) ter resultado na morte de 116 crianças e 28 adultos, ninguém exigiu compensação por trauma ou consequências psicológicas. Os parentes dos mortos não quiseram prosseguir com a acusação aos culpados, pois isso, no entender deles, significaria vingança. As crianças sobreviventes retomaram suas atividades quinze dias após a tragédia, ocupando a mente para não pensar no evento. Uma reação como esta é impensável nos dias de hoje. Furedi (2002) destaca que haveria logo uma suposição de que todos os sobreviventes estariam traumatizados, marcados por toda a vida e nem tão cedo se pensaria em retomar as aulas para os alunos. Seriam tratados como vítimas incapazes de lidar sozinhas com o próprio sofrimento. Na época, a ajuda psicológica era vista de modo negativo, estigmatizado. Desde a invenção da categoria do *stress* pós-traumático, o modo de lidar com eventos trágicos mudou. Além disso, antigas experiências passaram a ser interpretadas a partir do *ethos* terapêutico, sendo reescritas e ressemantizadas com base na linguagem do trauma.

Na década de 1970, apropriando-se das noções de trauma, mulheres começaram a reinterpretar as experiências de abuso sexual sofridas na infância. Em nome dos traumas antigos, dos silêncios que lhes foram impostos e do prazer inaceitável experienciados pelos opressores, as feministas reivindicavam direito à reparação e se descreviam como as “sobreviventes do incesto”. Em nome da memória traumática, compararam suas experiências de abuso sexual infantil às experiências dos sobreviventes do Holocausto. O deslocamento da experiência traumática ao testemunho do indizível oferecia uma nova perspectiva para a comparação (FASSIN, RECHTMAN, 2007).

A classificação de um indivíduo ou grupo como sobrevivente não é manifesta. É preciso haver um autorreconhecimento e um reconhecimento social, destaca Lerner (2013). A categoria precisa fazer sentido num contexto mais amplo para que o indivíduo se assuma enquanto tal. Não foi imediatamente após o Holocausto que as vítimas dos campos de concentração passaram a ser reconhecidas como sobreviventes, por exemplo.

A categoria sobrevivente parece estar intimamente associada à noção de trauma, à superação de um evento extraordinário. É preciso haver uma experiência traumática para que haja o reconhecimento enquanto sobrevivente. O câncer, enquanto doença com altas taxas de mortalidade, com causas ainda não completamente conhecidas e com tratamentos bastante agressivos, é reconhecido socialmente como evento extraordinário de cunho traumático. Os que conseguem sobreviver com os tratamentos e continuar lidando com a doença crônica são, assim, reconhecidos socialmente como sobreviventes. De modo semelhante à experiência dos sobreviventes do Holocausto, diversas narrativas dos sobreviventes do câncer ressignificam a

doença como um evento transformador, ao mesmo tempo em que a exposição do sofrimento é caracterizada como experiência terapêutica – narrar o trauma é um dos passos para a cura. A eclosão desses testemunhos de câncer aponta para mudanças na sensibilidade contemporânea (LERNER; VAZ, 2017).

E quando a técnica já não é eficaz? Numa primeira retomada aos estudos de Foucault (2014), observamos que a figura do anormal era aquela da qual o sujeito queria se distanciar. Mas, para além de uma identificação negativa com a figura do anormal, os perigos fascinavam também o desejo e a imaginação. “A moral sonha conjurá-los, mas algo existe no homem que se obstina em sonhar vivê-los, ou pelo menos aproximar-se deles e libertar seus fantasmas”. (FOUCAULT, 2014a, p. 357). O anormal, que pode ser apreendido pelo louco, era também aquele *livre para*. O louco, em Foucault, produz inquietação com a morte, mas é também abertura de poder-ser. A identidade negativa – ou pode-se dizer: os entes intramundanos que abrem possibilidades fora do já conhecido – é também abertura de mundo. A liberdade de ser e agir pode oferecer outro caminho para apreensão do fenômeno contemporâneo, se pensamos, por exemplo, os casos em que a técnica se torna insuficiente, não há mais expectativa de cura ou de pouco prolongamento de vida. Por vezes, a inquietude prazer *versus* risco já não faz mais sentido. A fala da paciente Carina Silva da reportagem de *Veja*, mencionada anteriormente (p. 128), é ilustrativa, assim como inúmeras produções cinematográficas recentes.

3.4.1. A MORTE DO OUTRO

Neste universo narrativo que se delinea em torno das doenças, percebe-se a eclosão não apenas de testemunhos de pacientes, mas também de narrativas produzidas por familiares. Em *The Dad Project*, a fotógrafa e *filmmaker* Briony Campbell narra, em suas palavras, a tentativa de dizer adeus ao pai através da câmera. O projeto contém 33 fotografias e um vídeo de 10 min que mescla fotografias, com depoimentos do pai e narração em *off* de Briony. No vídeo, o pai conta que ao ser convidado para fazer o projeto, refletiu sobre o que significaria para os dois (pai e filha) a exposição de seus sentimentos – deixaria ambos tristes e decepcionados? Logo após, pensou sobre o significado do projeto para a filha; entendeu que seria uma oportunidade de conhecê-la melhor e de compreender o que significaria para ela a perda do pai. A filha, por sua vez, menciona a dificuldade de manter um equilíbrio adequado entre a dedicação que o pai necessitava e a distração para sua tristeza. A introdução da câmera, diz ela, tornou-se uma solução.

Do lado do familiar, o registro do enfermo pode ser um modo de preservar a memória (o vídeo registra uma mensagem do pai Campbell aos futuros netos), uma maneira do familiar se relacionar com o paciente quando este já não dispõe da usual habilidade de comunicação e/ou uma narração com cunho terapêutico que ajuda o familiar a lidar com a experiência traumática da perda. Do lado do próprio paciente, conduz à reflexão sobre a morte, sua inevitabilidade e proximidade.

Deitado na cama, o pai lê um cartão escrito à mão (provavelmente mensagem de algum amigo ou familiar). A filha aproxima-se com um copo e uma colher (provavelmente uma medicação), tenta entregar, mas Campbell está concentrado na leitura da carta. Finaliza a leitura, pega o copo e manifesta-se: “É interessante... Todo mundo tem que morrer”²². A câmera registra sua imagem reflexiva, olhando para a frente, para o horizonte. Na cena seguinte, deitado na cama do hospital expõe a dificuldade de deixar-se ir (“*let it go*”), enquanto não sente que deve fazê-lo, de se entregar e não sentir que tem que cuidar das pessoas. “Parte da dor é dizer adeus para as pessoas que eu amei por um longo período”²³. Por toda a vida, achou que deveria cuidar de todos. Conta também que achava uma perda de energia ter pensamentos negativos, mas e quando você recebe o diagnóstico da terminalidade? Algo mudou, uma posição realística emergiu. Seguir lutando ou assumir que é uma doença terminal? “Maldito câncer... se ele me desse mais anos de vida”²⁴.

Briony reconhece a inevitabilidade da morte: “Esta é a estória de um fim, sem um fim. É uma relação que eu ainda estou explorando”²⁵. As fotografias, acompanhadas de texto de Briony, retratam a experiência dela com a doença, com o diagnóstico de terminalidade e, ao final, com a morte do pai. Alguns registros são autorretratos.

²² Texto original: “It’s interesting.... Everybody has to die...”

²³ Texto original: “Part of the pain is saying good-bye to people that I have loved for long time”.

²⁴ Texto original: “Bastard that cancer and if it gives me more couple of years...”

²⁵ Texto original: “This is a story of an ending without an ending. It’s a relationship that I’m still exploring”.



Figura 48: Morte do outro
Fonte: The Dad Project, 2018



Figura 49: Morte do outro 2
Fonte: The Dad Project, 2018



Figura 50: Morte do outro 3
Fonte: The Dad Project, 2018

No final do vídeo, já debilitado, *off* do pai: “É preciso coragem para entregar-se”²⁶. Em seguida, uma sequência de imagens da filha triste e *offs* com choro e palavras incompreensíveis. Fotografias registram partes do corpo do morto. A morte é também retratada a partir da relação dos dois.



Figura 52: Pai e filha
Fonte: The Dad Project, 2018

Antes, “a morte de um homem modificava solenemente o espaço e o tempo de um grupo social, podendo se estender a uma comunidade inteira, como, por exemplo, a uma aldeia” (ARIÈS, 2014, p. 755). Não apenas todos morriam em público, como também a morte de cada indivíduo era um acontecimento público que comovia toda a sociedade. Todos eram atingidos e precisavam de recuperação. Era evidente o caráter social e público da morte.

Depois, identifica-se o surgimento de uma nova forma de morrer. O primeiro traço é a “imagem invertida, o negativo: a sociedade expulsou a morte, salvo a dos homens de Estado” (ARIÈS, 2014, p. 756). A morte não afetava mais a sociedade como antes. Não se observava mais o antigo carro mortuário negro e prateado, as mulheres enlutadas com véus negros, as crianças usando violetas, o luto prolongado por anos... Processo de desvalorização sociocultural da morte, de desaparecimento da sua ritualização pública e de sua passagem progressiva do âmbito público para o privado.

Uma nova sensibilidade vem se tecendo em relação à morte e ao compartilhamento da dor, com publicização nas redes sociais. Em outubro de 2016, a revista *Veja* publica reportagem “O luto na era digital – a devastadora experiência de se ver diante da morte dos filhos, cônjuges e outros entes queridos ganha um aliado para superá-la: o compartilhamento da dor nas redes

²⁶ Texto original: “It does take courage to let it go”.

sociais” (ALEGRETTI, 2016). O site brasileiro *Vamos falar sobre o luto?*, com seis meses de criação, alcançava o número de um milhão de *unique visitors*. O objetivo é “disponibilizar uma plataforma de informação, inspiração e conforto para os enlutados e ex-enlutados” (ALEGRETTI, 2016, p. 90). Na data de publicação da matéria, o site recebia mensalmente cem histórias sobre a morte de pessoas próximas. Outros exemplos de plataformas digitais criadas para compartilhamentos sobre o luto e para a reunião de lembrança sobre a perda são *Etternum*, *4estacoes.com*, *modernloss.com*, *memories.com*, além de contas no *facebook* e *youtube*. Desde 2015, a rede social *facebook* possibilita que os usuários elejam um contato herdeiro da conta. Em caso de morte, é possível que a conta seja mantida e atualizada pelo herdeiro. Se não houve indicação prévia de herdeiro, a conta pode ser deletada ou transformada em memorial. “Na vida *off-line*, todos tratam a dor de forma fria. Ficam incomodados quando começamos a falar; criam um distanciamento e constrangem os enlutados. Já no mundo *on-line*, a dor não pode ser calada [...]” (ALEGRETTI, 2016, p. 90). Quando a jornalista indaga um casal que perdeu 4 filhos numa enchente em Teresópolis, região serrana do Rio de Janeiro, sobre “o que mais os ajudou a superar a tragédia”, o pai responde “dividir nossa dor com os outros” (ALEGRETTI, 2016, p. 91).

Os testemunhos contemporâneos tendem a constituir um interlocutor tolerante, “nem que seja pela ameaça implícita de serem acusados de preconceituoso e moralistas se porventura recusarem compaixão” (VAZ, 2014b, p. 17). Sendo a moralidade vigente orientada pelo princípio do não-dano, a tolerância e o moralismo alheio, associado a acusação de preconceito, tornam-se valores maiores. Tanto o indivíduo pode não ter seu sofrimento reconhecido por puro preconceito do leitor, quando o próprio preconceito é causador de sofrimento, pois impede a ajuda.

Os modos de classificar os eventos dignos de

de gerar sofrimento, as categorias sociais que “merecem” ser objeto de compaixão e piedade, os modos de se lidar e minorar o sofrimento também são eventos socialmente construídos. Essa dimensão construída refere-se não apenas ao reconhecimento de que os processos sociais, políticos, culturais e econômicos engendram formas corporificadas de sofrimento, mas que a própria noção de sofrimento (o que se entende como passível de gerar dor e aflição) é também social e culturalmente dada (LERNER; VAZ, 2017, p. 155).

Para Nietzsche (2011), a compaixão é o sentimento mais vil, pois seria uma espécie de presunção querer tomar do outro a sua dor. Já as crenças que sustentam a compaixão hoje estipulam que todo sofrimento pode ser grave, imerecido (as vítimas até podem ser julgadas culpadas, mas por olhares preconceituosos) e que qualquer indivíduo feliz pode tornar-se um

sofredor. Em nossa cultura, a compaixão tende a minimizar a distância entre sofredor e audiência (VAZ, 2014b).

*

Com a confissão, a narrativa tinha o efeito de salvação, de libertação dos pecados, de distância da anormalidade e de esperança de não sofrer no futuro. Com os testemunhos contemporâneos de doenças, as análises sugerem a busca por suporte social, por identificação, por maior aceitação individual da doença, por elevação da autoestima, pelo combate ao preconceito, a luta pela desestigmatização de doenças, o intuito de ajudar outras pessoas que lidam ou lidaram com os mesmos sofrimentos, de evitar a continuidade de eventos semelhantes geradores de novos sofrimentos individuais, a busca pelo senso de pertencimento a um grupo e por maior conhecimento sobre a gestão individual da doença. Outros temas presentes na experiência da condição *pré* foram o medo e a autovigilância.

A observação do material apontou também para dois outros temas intimamente relacionados: a relação médico-paciente no contexto da saúde *online* e a *autoridade da experiência*. Na pesquisa de Moretti, Oliveira e Silveira (2012) com usuários brasileiros, 86% dos entrevistados afirmaram que a internet é a principal fonte de informação sobre saúde, percentual superior a opinião de médicos e especialistas. Bustamante (2010) nota uma dupla transformação: (i) muitos médicos passam a consultar regularmente comunidades *online* formadas por pacientes e/ou familiares²⁷ para, assim, conhecerem melhor a experiência do paciente, sentimentos, dificuldades e inquietudes, e (ii) médicos são incitados a democratizar o exercício profissional, ao ter que discutir diagnósticos e tratamentos com pacientes. Verifica-se uma postura mais ativa do paciente ao buscar informações sobre a sua doença, ao discutir tratamentos com o médico e com demais pacientes, e ao definir a conduta individual a ser adotada diante da orientação médica. “Esses *e-pacientes* acabam se convertendo em *experts em experiências*, autênticos produtores de conhecimento que, como tais, reclamam terem voz em todos os aspectos relacionados a suas doenças” (BUSTAMANTE, 2010, p. 31).

A autoridade da experiência compreenderia a experiência do paciente na gestão da doença e o conhecimento adquirido sobre o seu tratamento. A descrição do grupo do *facebook* “Diabetes: vivendo e aprendendo – troca de informações” é enfática: “Cuidar da sua diabetes nunca foi tão fácil, ainda mais trocando informações com *quem mais entende do assunto ... Nós*

²⁷ Pesquisa realizada em agosto de 2016 identificou 104 grupos do *facebook* sobre câncer e 110 sobre diabetes; alguns voltados especificamente para pacientes da condição *pré*.

diabéticos”. (grifo meu). Menciona-se ainda a convicção de um paciente de diabetes tipo 1 ao expor que não iria alterar o índice de glicose, apesar da recomendação de seu médico, pois ele, enquanto paciente, sabia que a nova dosagem não daria conta de sua glicemia alta.

Para complementar a intuição de mudanças na sensibilidade contemporânea, cita-se o caso divulgado no programa televisivo *Encontro com Fátima Bernardes*, em 29 de dezembro de 2015, do médico Flávio Menez, ortopedista traumatologista e fisiatra, que há dois anos ficou tetraplégico. O especialista em medicina física e reabilitação comenta: “hoje eu me sinto muito melhor como médico do que antes, porque hoje eu consigo viver a situação daquele paciente”. O neurocirurgião Dr. Fernando Gomes Pinto, presente no programa, completa: “tenho certeza que esse homem daqui a alguns anos vai ser autor de compêndios de reabilitação que vão ter um peso, dentro da medicina brasileira, diferenciado de todas as outras pessoas, porque ele está vivendo isso na pele. Já vivia e hoje com certeza ele tem um conhecimento diferenciado”.

Por mais que os dois primeiros casos acenem para uma possível desestabilização do lugar do perito médico, há de se ter em mente que grande parte da apreensão destes saberes do paciente se dá a partir do mesmo saber médico-técnico-científico que orienta os profissionais de saúde e é repassado aos pacientes através da mídia ou das vozes de outros pacientes. Mesmo assim, parece estar em jogo mudanças na sensibilidade contemporânea, à medida que os três casos narrados apontam para a reivindicação de um novo lugar do paciente como aquele que tem o conhecimento diário sobre a doença e, portanto, um outro tipo de saber, um saber diferenciado da *experiência*.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS ou POR UMA ÉTICA DA GRATUIDADE

Como narrar o tempo que vivemos? Foucault (1994) salienta que em todas as épocas, a maneira como as pessoas pensam, falam, julgam, experimentam, reagem, se sensibilizam, se comportam é dirigida por um sistema ou episteme. Esta estrutura teórica, que muda com épocas e sociedades, é o que numa determinada época pode ser pensado, dito e escrito. Nem sempre se pensou e agiu da maneira contemporânea. Nem sempre foi possível falar o que hoje se fala. Foucault ensina que teorizar é comparar, ajuda a conferir estranhamento para pensar o hoje e oferece um caminho: pensar a cultura a partir das mudanças históricas no cuidado de si. Quais são as inquietações do sujeito? O que precisa ser cuidado, qual é o modo de cuidar, o que se espera ser ao cuidar de si, qual é a recompensa oferecida para o sujeito?

Cada cultura indica o que precisa ser cuidado num “jogo de ameaça com o descuido e promessa de uma recompensa”, ao mesmo tempo em que define os indivíduos com direito e dever de exercer o cuidado sobre os outros (VAZ, 2002, p. 130). Para pensar a mudança, pareceu necessário refletir sobre a secularização e sobre as diferenças entre as medicinas moderna e contemporânea, com foco no cuidado de si, nos comportamentos considerados patológicos ou passíveis de contrair doenças. Assim, foi possível estimar a mudança em nós mesmos. Neste processo, Nietzsche foi fundamental para refletir sobre a moral, a construção dos ideais, os valores da cultura – por que, para que, sob que condições são criados?

Toda moral confere ao indivíduo uma forma de pensar e de habitar tempo. O rebanho que pasta diante dos olhos do homem não sabe o significado do ontem nem do hoje. Move-se dia após dia apenas ligados ao prazer e a dor, ao instante e, assim, desconhece melancolia e tristeza. Espetáculo duro do homem ver, diz Nietzsche (2005). O animal concentra tudo que o homem deseja: a vida sem tristeza e dor. O homem poderia até indagar o animal a razão de ele não lhe falar de sua felicidade, mas o animal, ainda que quisesse respondê-lo, diria que logo esquece o que quer dizer – e esqueceria até mesmo esta resposta. O homem se admira, pois não consegue desvencilhar-se do passado e aprender o esquecimento. Inveja também a criança, que ainda não tendo aprendido a palavrinha *foi*, brinca feliz entre o passado e o futuro. A fórmula passado-sofrimento faz o homem lembrar “que toda a existência é tão-somente uma eterna incompletude” (NIETZSCHE, 2005, p. 71). Nietzsche (2009) lembra que nem sempre se prescindiu do fazer-sofrer e o sofrimento também pode oferecer um caminho para a vida. O caminho para o aprendizado do esquecimento pode ser a transvaloração dos valores.

O esquecer, expõe Nietzsche (2009), é uma forma de saúde forte. A doença possibilitou-lhe, impôs-lhe o esquecimento. Para um novo fim, é necessário um novo meio. Para adquirir a

grande saúde, é preciso ousadia para experimentar perspectivas diversas, negar ideais propostos e aventurar-se em uma vivência mais singular. A doença pode ser ocasião de experimentação, de aventura, de aumento de potência de vida. A doença conduziu Nietzsche ao pensar e ao regresso a ele mesmo. Para os espíritos valorizadores da grande saúde, risco e dor podem até mesmo serem considerados necessidade (NIETZSCHE, 2005; 2008; 2012). A proposta de Nietzsche é oposta à medicina contemporânea e toda lógica do risco, que propõe soluções técnicas para os medos e sofrimentos presentes e tem como meta a longevidade.

A partir dos modos de apreender a finitude, identifica-se diferentes experiências de tempo. Com o ascetismo cristão, o presente é lugar de limitação e o futuro de realização. O sentido ao sofrimento e a ascese são o sacrifício em vida para alcance do bem-estar celestial. Quando a ciência passa a ocupar o lugar da ascese, o sentido oferecido pela contenção é prolongamento da vida e do prazer terreno. Passado não determina o presente, presente é lugar de realização e a aposta no futuro produz efeitos no presente.

A angústia, em Heidegger (2015), é a experiência fundamental, que conduz a um pensamento autêntico, ao questionamento. Foucault amplia a experiência fundamental, ao propor que não apenas a apreensão da condição mortal, mas também o desejo conduz ao questionamento da cultura. Quando a existência passa a ser especialmente orientada pela ciência e pela técnica, no lugar da angústia, emerge o medo. Fuga da angústia, que tem caráter existencial, e determinação dela em medo, pois o medo possibilita uma ação. É possível agir e afastar aquilo que amedronta, ao menos esta é a crença de uma sociedade de controle. Quando o saber técnico-científico propõe caminhos para afastar a morte, para diminuir as probabilidades de adoecimento futuro e morte prematura, o sujeito contemporâneo aceita o investimento sobre o seu corpo e sua vida. Mais que aceitar, requeremos esta intervenção. O poder atua afastando-nos da experiência fundamental. Trazer a morte para perto é um modo de controlar e de esvaziar o questionamento, como ensina Foucault. No ápice da técnica, há a submissão a um saber e a um modo de ser que se distancia da vida enquanto dor e da livre aceitação de nosso poder-ser mais próprio, irremissível e insubstituível.

Sendo o real incontrolável e o virtual passível de controle, numa sociedade da técnica, o real é substituído pelo virtual. Não é possível agir sobre a possibilidade mais própria e indeterminada, mas é possível identificar prováveis causas de morte e assim orientar modos de agir no presente. A convergência entre a experiência do risco e a experiência da doença crônica é cada vez mais evidente. A presença de categorias comuns sobre as duas experiências (de risco e da doença crônica em si) em diferentes produtos midiáticos tem grande relevância analítica, pois salienta a apropriação radical do discurso técnico pelo jornalismo e pelos próprios

pacientes. Os algoritmos e as tecnologias de imagem influenciam os modos como as pessoas são entendidas, classificadas, olham para si e constroem narrativas sobre si.

Ao introduzir a salvação após a morte, o cristianismo desestabilizou a acepção greco-romana de cuidado de si. A busca do cristão pela salvação de si é uma maneira de cuidar de si, mas um cuidado que se baseia na renúncia a si mesmo, salienta Foucault. Já na tradição greco-romana, o cuidado de si pode inclusive estar centrado na aceitação da morte, por exemplo no estoicismo. Na Antiguidade, o exercício de si sobre si, a vontade de se constituir enquanto sujeito moral era um esforço de afirmação da liberdade individual e de conferir à própria vida uma possibilidade de ser reconhecido pelos outros e na posteridade. A elaboração da vida como obra de arte estava no centro da moral, os homens fixavam-se regras de condutas, mas também procuravam transformá-las e modificá-las em sua singularidade. O cuidado de si é o conhecimento de si (herança dos gregos), mas também o conhecimento das regras de condutas e princípios, verdades e prescrições. “Cuidar de si é si munir dessas verdades” (FOUCAULT, 2014b, p. 263). A ética se liga ao jogo da verdade. Com o cristianismo, com a emergência de um poder pastoral, que depois é integrado a outras práticas, incluindo medicina, essas artes de existência perderam parte de sua autonomia e relevância (FOUCAULT 1984; 2014b).

Em *Serenidade*, Heidegger (2000) aborda que o que é de fato inquietante não é o mundo estar se tornando mais técnico, mas o fato de o homem ainda não conseguir lidar adequadamente com a emergência da técnica. O homem estaria entregue à prepotência da técnica. E ainda não teria conseguido apreender o *pensamento que medita*, que se contrapõe ao pensamento que calcula, na lida com a técnica. É possível relacionar-se com a técnica deixando-a repousar livremente em si mesma como algo que não diz respeito ao próprio do homem e evitando que ela esgote nosso modo de ser. Esta atitude de sim e não à técnica é designada por Heidegger (2000) como *serenidade*. Morrer orgulhosamente quando já não se pode assim viver é a proposição ética de Nietzsche para os médicos. Livrar-se de instrumentos técnicos que garantem apenas um prolongamento indecente da vida e aceitar a morte – *sim e não*. O poeta, explica d’Amaral, é o único capaz da serenidade, não faz pergunta para obter resposta, se põe na espera, na escuta sem objetivo, sem meta. Nietzsche já havia dito que precisamos da arte para não morrer da verdade.

Toda moral comporta dois aspectos: dos códigos de comportamento e das formas de subjetivação. Pensar os jogos entre sujeito e verdade é refletir sobre como o sujeito se constitui através das práticas de si, que estão disponíveis na cultura e lhes são propostas, mas atentando também para as possibilidades de constituição de uma ética afirmativa. As noções de grande saúde, angústia, estética da existência e serenidade podem fornecer elementos para pensar uma

ética da gratuidade, baseada na interpretação da vida como pura gratuidade – sem por que, nem para que –, para aceitação da vida como dor, para uma elaboração de si em que o sofrimento possa ser não um argumento contra a existência, mas também, como diz Nietzsche, um chamariz à vida e que a apreensão da pura possibilidade de ser possa ser também um convite à liberdade e à percepção da beleza da transitoriedade. Enquanto a Cidade dos Imortais perdurar, diz Borges (2008), ninguém poderá ser corajoso ou feliz.

*

“O homem segurando o mundo ou o homem brincando com o mundo?” – indagou o artista plástico Guilherme Secchin [*in memoriam*], ao me presentear com uma de suas aquarelas. Seus traços compunham a imagem de um homem deitado, cabeça para baixo e pés para cima; em seus pés, apoiava o globo terrestre. Guilherme pintou a imagem no último dia do nosso grupo sobre *A condição humana*. Sua obra serviu de inspiração para este trabalho e seu questionamento apareceu inúmeras vezes para mim durante sua elaboração.

5 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Eurípedes. As pistas no álbum de família. **Veja**, edição 1397, ano 28, n. 25, jun. 1995, p. 84-90.

ALEGRETTI, Fernanda. O luto na era digital. **Veja**, edição 2500, ano 49, n 42, out. 2016, p. 86-94.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

_____. **Sobre a revolução**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

ARONOWITZ, R. The Converged Experience of Risk and Disease. **The Milbank Quarterly**, v. 87, n. 2, p. 417-442, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728027/>>. Acesso em: 20 out. 2014

BEER, Raquel. Imortalidade: a promessa tecnológica da vida eterna. **Veja**, edição 2420, ano 48, n. 14, abr. 2015, p. 72-73.

BENEDICT, Ruth. **The chrysanthemum and the sword: Patterns of Japanese Culture**. Boston, 1967.

BORGES, Jorge Luis. O imortal. In: **O Aleph**. São Paulo: Companhia das letras, 2008.

BUCHALLA, Ana Paula. Controle mais rígido. **Veja**, edição 1829, ano 36, n. 46, nov. 2003, p. 61.

BUSTAMANTE, Javier. Poder comunicativo, ecossistemas digitais e cidadania digital. In: SILVEIRA, Sergio Amadeu da (org.) In: **Cidadania e redes digitais**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil: Maracá, Educação e Tecnologias; 2010

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

CHOUHRY, Niteesh K.; STELFOX, Henry Thomas; DETSKY, Allan S. Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. In: **Jama**. 2002. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194615>>. Acesso em: 25 jul. 2013

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. Up, Down, and Sideways. **Society**, v. 43, n. 6, p. 19-20, sep/out. 2006.

_____. Medicalization and social control. **Annu. Rev. Sociol.** 1992, 18, p. 209-232.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CUMINALE, Natalia. Câncer: quando tratar menos é melhor. **Veja**, edição 2462, ano 49, n. 4, jan. 2016a, p. 78-83.

_____. Pílula do barulho. **Veja**, edição 2479, ano 49, n 21, mai. 2016b, p. 76-83.

_____. O câncer na mira. **Veja**, edição 2411, ano 48, n 05, fev. 2015, p. 74-77.

_____. “Conhecimento é poder”. **Veja**, edição 2419, ano 48, n. 13, abr. 2015b, p. 80-82.

_____. O valor maior da Angelina. **Veja**, edição 2322, ano 46, n. 21, mai. 2013, p. 90-100.

DASTUR, Françoise. **Heidegger e a questão do tempo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

DELEUZE, Gilles. Foucault. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005.

DELUMEAU, Jean. **O pecado e o medo: a culpabilização do Ocidente**. Bauru: EDUSC, 2003.

DUARTE, Pedro. A condição humana. In: NOVAES, Adauto (org.). **Mutações: entre dois mundos**. São Paulo: Sesc, 2017.

EHRENREICH, Barbara. **Bright-side**: how positive thinking is undermining America. Nova York: Picador, 2009.

FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. **L'empire du traumatisme**: enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion, 2007.

FOGEL, Gilvan. Martin Heidegger, et coetera e a Questão da Técnica. **O que nos faz pensar**, Rio de Janeiro, v. 2, n.10, p. 37-67, out. 1996. Disponível em: <http://www.oquenofazpensar.com/adm/uploads/artigo/martin_heidegger_et_coetera_e_quest_ao_tecnica/n10gilvanv2.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura** - na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014a.

_____. **Ditos e escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014b.

_____. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

_____. **Os anormais**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.

_____. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Dits et Écrits I (1954-1969)**. Paris: Gallimard, 1994.

_____. **A história da sexualidade** - A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Histoire de la sexualité II: L'usage des plaisirs**. Gallimard, 1984.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE FILHO, João. A tirania da positividade: formas e normas da vida feliz no *Globo Repórter*. In: GOMES, Itania Maria Mota (org.). **Análise de telejornalismo: desafios teórico-metodológicos**. Salvador: EDUFBA, 2012.

_____. A felicidade na era de sua reprodutibilidade científica: construindo “pessoas cronicamente felizes”. In: FREIRE FILHO, Joao (org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

_____. Mídia, subjetividade e poder: Construindo os Cidadãos-Consumidores do Novo Milênio. **Lugar Comum: estudos de mídia, cultura e democracia**, Rio de Janeiro, n. 25-26, p. 89-103, mai-dez 2008. Disponível em: <http://uninomade.net/wpcontent/files_mf/110810120915M%C3%ADdia%20Subjetividade%20e%20Poder%20-%20Jo%C3%A3o%20Freire%20Filho.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2015.
FUREDI, Frank. The silent ascendancy of therapeutic culture in Britain. **Society**, mar.-apr.2002, p. 16-24.

GUSFIELD, Joseph R. Foreword. In: CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

HAAR, Michel. **Heidegger e a essência do Homem**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

HACKING, Ian. **Ontologia histórica**. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

HARTOG, François. **Regimes de historicidade: presentismo e experiências do tempo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 2015.

_____. A questão da técnica. In: **Ensaio e conferências**. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2012a.
HEIDEGGER, Martin. A superação da metafísica. In: **Ensaio e conferências**. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2012b.

_____. **O conceito de tempo**. Lisboa: Fim de século, 2008.

HEIDEGGER, Martin. A sentença nietzschiana “Deus está morto”. **Natureza Humana**, v. 5, n. 2, p. 471-526, jul.-dez. 2003.

_____. **Serenidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

_____. Que é a metafísica? In: **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1979a.

_____. A constituição onto-teo-lógica da metafísica. In: **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1979b.

HARARI, Yuval Noah. Adeus ao livre-arbítrio. **Veja**, edição 2510, ano 49, n. 52, dez. 2016, p. 120-123.

HOW TO HAVE A BETTER LIFE. **The Economist**. Disponível em: <<https://www.economist.com/news/leaders/21721371-death-inevitable-bad-death-not-how-have-better-death>>. Acesso em 10 ago. 2017.

INIMIGO do peito. **Veja**, edição 1217, ano 25, n. 3, jan. 1992, p. 48-49.

KAFKA, Franz. **Um artista da fome e A construção**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

KOSELLECH, Reinhart. **Futuro passado**: contribuição à semântica dos tempos históricos. Rio de Janeiro: Contraponto, Ed. PUC-Rio, 2006.

LEÃO, Emanuel Carneiro. **Aprendendo a pensar – vol. II**. Petrópolis: Vozes, 2000.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 775–782, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2016.

LERNER, Kátia. **Memórias da dor**: coleções e narrativas sobre o Holocausto. Brasília: MinC/IBRAM, 2013.

LERNER, Kátia; VAZ, Paulo. “Minha história de superação”: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. **Interface**, Botucatu, v.2, n.60, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100153&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso: 10 out. 2017.

LOIOLA, Rita. Está vivo! **Veja**, edição 2482, ano 49, n. 24, jun. 2016, p. 98-100

LOPES, Adriana Dias. O grande adversário: o câncer. **Veja**, edição 2242, ano 44, n. 45, nov. 2011, p.78-83.

_____. Uma vitória da vida. **Veja**, edição 2170, ano 43, n 25, jun. 2010, p. 102-108.

_____. O testamento dentro de cada um. **Veja**, edição 2140, ano 42, n 47, nov. 2009, p. 104-108.

LOPES, Adriana Dias; MELO, Carolina. Surto de imprudência. **Veja**, edição 2413, ano 48, n. 07, fev. 2015, p. 68-71.

LUPTON, Deborah. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. **International Journal of Health Services**, v. 23, n. 3, p.425-435, 1993.

MACHADO, Roberto. **Zaratustra**: tragédia nietzschiana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MARQUES, Fabricio. A verdade faz bem. **Veja**, edição 1221, ano 25, n. 7, fev. 1992, p. 7-9.

MÉDICO faz reabilitação no mesmo hospital em que trabalha. Produzido por Encontro Fátima Bernardes. Postado em 29 dez 2015. 1 Vídeo (00:06 min). Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/4704794/>> Acesso em: 10 jul. 2016.

MOHERDAUI, Bel. A escolha de Christina. **Veja**, edição 2075, ano 41, n. 34, ago. 2008, p. 110-111.

MORETTI, Felipe A., OLIVEIRA, Vanessa E., SILVA, Edina M. K. Acesso a informações de saúde na internet: Uma questão de saúde pública? **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a08.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.

MOYNIHAN, Ray; CASSELS, Alan. **Selling sickness**: how drug companies are turning us all into patients. Sydney: Allen & Unwin, 2005.

NEIVA, Paula. A saúde está na mesa. **Veja**, edição 1943, ano 39, n 06, fev. 2006, p. 64-71.

_____. Entre a saúde e a doença. **Veja**, edição 1903, ano 38, n. 18, mai. 2005, p. 86-90.

_____. Diabetes: outra má notícia. **Veja**, edição 1810, ano 36, n 27, jul. 2003, p. 62.

_____. Revisão de genes. **Veja**, edição 1767, ano 35, n. 35, set. 2002, p. 61.

NEIVA, Paula; BERGAMO, Giuliana; ANTUNES, Camila. 85 perguntas que podem salvar sua vida. **Veja**, edição 1952, ano 39, n. 15, abr. 2006, p. 96-110.

NIETZSCHE, Friedrich. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

_____. **Assim falou Zaratustra**: um livro para todos e para ninguém. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. **Genealogia da moral**: uma polêmica. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

_____. **Ecce homo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

_____. **Crepúsculo dos ídolos ou como se filosofa com o martelo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

_____. **Humano, demasiado humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

PASTORE, Karina; NEIVA, Paula. Diabetes: o inimigo oculto. **Veja**, edição 1787, ano 36, n 04, jan. 2003, p. 76-83.

RADSTONE, Susannah. Cultures of confession/cultures of testimony: turning the subject inside out. In: GILL, Jo (org.). **Modern Confessional Writing**. Oxon: Routledge, 2006.

ROSE, Nikolas. Normality and pathology in a biomedical age. **Sociological review**, n.57, 2009, p.66-83. Disponível em: <[http://eprints.lse.ac.uk/27912/1/Normality%20and%20pathology%20in%20a%20biomedical%20age%20\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/27912/1/Normality%20and%20pathology%20in%20a%20biomedical%20age%20(LSERO).pdf)>. Acesso em 10 mar. 2015.

SABBAGE, Sophie. **O que o câncer me ensinou**. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tipos de diabetes**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/tipos-de-diabetes>>. Acesso em: 5 de dez. 2015.

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico: a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

STEINER, George. **Heidegger**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.

TRAUMA menor. **Veja**, edição 968, mar. 1987, p. 89.

TUCHERMAN, Ieda; CLAIR, Ericson Saint. A somatização da subjetividade contemporânea: continuidades e rupturas. **Logos** 30, Rio de Janeiro, ano 16, 2009. Disponível em: <http://www.logos.uerj.br/PDFS/30/01_logos30_IedaEricson.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

UM POUCO MAIOR. **Veja**, edição 2353, ano 46, n. 52, dez. 2013, p. 182.

VATTIMO, Gianni. **Introdução a Heidegger**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

VAZ, Paulo. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 51-68, jan/jun, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v18n1/1516-1498-agora-18-01-00051.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

_____. Na distância do preconceituoso: narrativas de *bullying* por celebridades e a subjetividade contemporânea. **Galaxia**, São Paulo, n. 28, p. 32-44, dez. 2014a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gal/v14n28/v14n28a04.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2016.

_____. Compaixão, Moderna e atual. In: João Freire Filho; Maria das Graças Pinto Coelho. (Org.). **Jornalismo, cultura e Sociedade: visões do Brasil Contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina, 2014b.

VAZ, Paulo. A vida feliz das vítimas. In: FREIRE FILHO, João (org.). **Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

_____. As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. **Logos 25: corpo e contemporaneidade**, Rio de Janeiro, n 2, ano 13, 2006. Disponível em: <http://www.logos.uerj.br/PDFS/25/08_Paulo_Vaz.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Um corpo com futuro. In: PACHECO, Anelise; COCCO, Giuseppe; VAZ, Paulo. (Org.). **O trabalho da multidão**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

_____. Corpo e Risco. In: VILLAÇA, Nízia; GÓES, Fred; KOSOVSKI, Ester. **Que corpo é esse?** Novas perspectivas. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

VAZ, Paulo; BRUNO, Fernanda. Types of Self-Surveillance: from abnormality to individuals 'at risk'. **Surveillance & Society**, v. 1, n. 3, p. 272-291, 2003. Disponível em: <[http://www.surveillance-and-society.org/articles1\(3\)/self.pdf](http://www.surveillance-and-society.org/articles1(3)/self.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

VAZ, Paulo; SANTOS, Amanda; ANDRADE, Pedro Henrique. Testemunho e subjetividade contemporânea: narrativas de vítimas de estupro e a construção social da inocência. **Lumina**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p. 1-33, dez. 2014. Disponível em: <<https://lumina.ufjf.emnuvens.com.br/lumina/article/view/407>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

VEJA, edição 2420, ano 48, n. 14, abr. 2015, p. 28.

WHO. **Integrated chronic disease prevention and control**. World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Noncommunicable diseases**. World Health Organization, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. **Noncommunicable Disease Country Profiles 2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ZOLA, Irving Kenneth. **Socio-Medical Inquiries**. Philadelphia: Temple Univ. Press, 1983.

_____. Medicine as an institution of social control. **Sociol. Rev**, 20, p. 487-504, 1972.