

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Educação**

**Programa de Pós-Graduação em Educação**

**PEDAGOGIA DAS CORPOREIDADES:**

**PRÁTICA TERAPÊUTICA E EDUCAÇÃO DA SAÚDE**

**Raphael Maciel da Silva Caballero**

**Porto Alegre, agosto de 2009.**

**Raphael Maciel da Silva Caballero**

**PEDAGOGIA DAS CORPOREIDADES:  
PRÁTICA TERAPÊUTICA E EDUCAÇÃO DA SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.**

**Grupo Temático: Educação em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim**

**Porto Alegre, agosto de 2009.**

C112p Caballero, Raphael Maciel da Silva  
Pedagogia das corporeidades: prática terapêutica e educação da  
saúde/ Raphael Maciel da Silva Caballero. – Porto Alegre: 2009.  
96 f.

Dissertação (Mestrado) Educação. Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.  
Orientação: Ricardo Burg Ceccim.

1.Educação em Saúde – Cuidados Corporais. 2. Saúde Coletiva –  
Terapia do Corpo – Educação. I.Ceccim, Ricardo Burg, orient. II.Título.

CDU 37.013.77+371.72:614(043.2)

**Banca Examinadora**

---

**Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

**Profa. Dra. Vera Maria da Rocha**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

**Profa. Dra. Ermínia Silva**

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

*Agradeço a todos que, em algum momento, atravessaram – de qualquer maneira – minha vida. Dentre estes, destaco meus amigos queridos (vocês sabem quem são). Vocês estão presentes por formas que nem mesmo eu posso imaginar, mas que ajudaram a corporificar esse sonho-trabalho.*

*Agradeço à Dagmar, Vera e Mina, integrantes da banca de avaliação de trabalho. Saibam que foram escolhidas por fazerem sentido(s) para mim.*

*Especialmente, dedico muito carinho ao Ricardo, orientador-amigo incansável e admirável. Não poderia ter adentrado na área da Educação em melhor companhia.*

*Um agradecimento com todo meu amor para minha esposa-amiga-companheira, Larissa, e para meus filhos-enteados, Gabriel, Yuri e Davi. A tolerância de vocês com minha impaciência nesse período de realização pessoal-profissional só aumenta meu amor pela nossa família.*

*Finalmente, obrigado ao Deus imanente em mim.*

*Um pouco de possível, senão eu sufoco.*

Deleuze (1982)

## RESUMO

Esta dissertação defende uma prática de corpo, no âmbito da terapêutica e da educação em saúde, que desacomode as condutas disciplinares vigentes nas abordagens técnico-profissionais quando indivíduos ou grupos se tornam usuários freqüentes ou por tempo prolongado dos serviços de saúde. Essa prática de corpo é apresentada como uma “pedagogia das corporeidades”, onde a Educação comparece como dispositivo de encontro, criação/recriação e aposta na invenção do próprio corpo, desafiando a Saúde a reinscrever seu projeto terapêutico em um projeto educativo da saúde. O corpo deixaria de ser reificado por sua natureza biológica ou explicado por sua inserção cultural para ser tomado em aberto, um corpo “ovo-de-linhas-de-tempo”, corpo sensível e capaz de germinar a si mesmo em novidades de si, conectado à invenção de uma existência como “obra de arte”. Uma pedagogia das corporeidades buscaria direções de desenvolvimento do corpo, não a sua simples habilitação/reabilitação, quando em contato com os serviços de saúde, isto é, a presentificação da potência da alegria em composições transindividuais, inventivas de si, de entornos e de mundo. A prática terapêutica ou educativa em saúde passaria à produção de singularidades e heterogêneses, não um curativismo ou retorno da homeostase de caráter higienista em um ideal de corpo saudável. A associação pedagógico-terapêutica representa a tentativa de resolução dos problemas de saúde com as pessoas em produção de si e de corpos para si. Foram realizadas conversações com usuários de longo contato com os serviços de saúde, portadores do diagnóstico de doença crônica, como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, problemas relevantes pela elevada prevalência, alta incidência na mortalidade geral da população e intensa presença da educação em saúde entre as condutas terapêuticas recomendadas. Duas características foram marcantes: (1) corpos que acoplam à educação do organismo proposta pelos serviços, uma criativa invenção de si e (2) corpos que destoam dessa educação do organismo, resistindo, mesmo que em direção de uma não-vida, por isso, amortecidos, ou reprimindo seu poder de expansão em prescrições dissonantes de suas potências. A perspectiva teórica contemplou as formulações de Deleuze e Guattari, sobre o Corpo sem Órgãos, e de Rolnik, sobre o corpo vibrátil, aportando possíveis interfaces da Saúde e Educação da Saúde com as Artes, em especial as visões de Lygia Clark ou Hélio Oiticica.

Palavras-chave: Corporeidades; Educação em Saúde; Corpo; Educação; Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

This dissertation stands for a body practice, under therapeutics and education in health, that unsettles the disciplinary conduct present in technical-professional approaches when individuals or groups became frequent or prolonged users of health services. This body practice is presented as a “corporeity pedagogy”, where Education appears as a dispositive of encounter, creation/recreation and bet in the invention of the own body, defining Health to re- inscribe its therapeutic project in an educational project of health. The body would no longer be reified for its biological nature or explained by its cultural insertion to be taken in open, a body “egg-in-timelines”, body sensitive and capable of geminate itself in news of itself, connected to the invention of an existence as “work of art”. A corporeity pedagogy would search directions of body development, not its simple habilitation/rehabilitation, when in contact to health services, ie, the presentification of potency of joy in trans-individuals compositions, inventive of itself, of environment and of the world. The therapeutic or educations practice in health would pass to produce singularities and heterogenesis, not a curativism or return to an homeostasis of hygienist character in an ideal of healthy body. The pedagogic-therapeutic association represents the attempt of resolving health problems with people in production of itself and of bodies for itself. Conversations were made with users in long contact to health services, with a diagnostic of chronic disease, such as arterial hypertension and *mellitus* diabetes, relevant problems due to elevated prevalence, high incidence in general population mortality and intense presence of education in health among the recommended therapeutic conducts. Two characteristics were relevant: (1) bodies that engage to the education of organism proposed by services, a creative invention of itself and (2) bodies that distune from this education of organism, resisting, even that towards a non-life, for that reason, numb, or repressing its expansion power in prescriptions dissonant of their potencies. The theoretical perspective contemplated formulations from Deleuze and Guattari, on the Body Without Organs, and Rolnik, on vibratile body, approaching possible interfaces between Health and Education of Health with Arts, specially the visions of Lygia Clark or Hélio Oiticica.

Keywords: Corporeities; Education in Health; Body; Education; Collective Health.

## SUMÁRIO

<b>Guia de leitura.....</b>	<b>10</b>
<b>Meus corpos de acoplamento .....</b>	<b>13</b>
<b>O corpo sob a sujeição do organismo .....</b>	<b>18</b>
<b>A terapêutica: do organismo? .....</b>	<b>29</b>
<b>O corpo além do organismo .....</b>	<b>35</b>
<b>Pedagogias pelo corpo .....</b>	<b>44</b>
<b>Corporeidades pedagógico-terapêuticas.....</b>	<b>51</b>
<b>Encontro com corporeidades .....</b>	<b>58</b>
Acoplamento.....	63
Dissonância.....	70
Amortecimento (a-morte-cimento) .....	78
<b>Prática terapêutica e pedagogia das corporeidades .....</b>	<b>87</b>
<b>Meus agenciamentos com a literatura.....</b>	<b>93</b>

## Guia de leitura



*Auto-retrato – Francis Bacon (1969)*

“Quando você analisa os retratos, percebe apenas formas que não tem nada a ver com olhos, nariz ou boca; mas a pintura movendo-se de um contorno para o outro cria uma semelhança com a pessoa que eu estou tentando pintar.”

Esse trabalho é o produto de um percurso na pós-graduação *stricto sensu* em Educação: uma dissertação de mestrado acadêmico, com o sentido de ampliar o estudo e a pesquisa na área. Essa condição, apesar de anunciar um arco de possibilidades de pesquisa e escrita, não está aqui constrangida às formas, o tema pretende combater o constrangimento às formas impostas aos corpos quando buscam ações e serviços de saúde. A dissertação não poderia atestar o contrário, como em uma contradição. Sendo assim, considero relevante um espaço para explicar o que está corporificado nesse texto, como um guia para a leitura desfigurada.

Primeiramente, disposição não-linear dos parágrafos: esta é uma escolha de desfigurar propositalmente a forma e ainda deixar entrever caminhos, passagens, surpresas, corporeidades ao longo da leitura. Sabendo que há estranhamento e até desconforto com essa trajetória, inseri alguns pontos de repouso – não de parada – onde determinada problematização se encontra com outra, rumando ambas para uma terceira direção. No percurso se pode apreciar paisagens-corpos, outras vistas, de outros que fizeram ver...

Também não há uma estrutura de capítulos fechados, o que implicitamente impede a separação dos aspectos textuais mais formais (introdução, metodologia, análise de dados e conclusão). Posso apenas dizer que existe um seqüenciamento na conversação que pretendo travar com quem lê, mas é possível inverter os capítulos, embaralhá-los e aguardar para onde a leitura leva.

Tentarei, de toda sorte, explicitar os agenciamentos que provocaram a busca da Educação para pensar a Saúde, passando em seguida para algumas perspectivas de análise sobre o Corpo: eu mesmo – por onde me fiz; desafios de compreensão do corpo e desconfortos do fazer da saúde. Seções respectivas: *Meus corpos de acoplamento*, *O corpo sob a sujeição do organismo* e *A terapêutica: do organismo?*

A seguir, abordo e aprofundo os estudos e as proposições que foram sendo instigadas em mim ao longo desse mestrado, mantendo-me sempre em contato metaestável – ou em contraponto – com as práticas e saberes da minha formação

profissional: um profissional da saúde, ligados aos movimentos do corpo ou às práticas corporais. Essa etapa também enuncia mais claramente o que penso sobre a produção pedagógica (Educação), aproximando-se da produção do cuidado (Saúde). Seções respectivas: *O corpo além do organismo, Pedagogias pelo corpo e Corporeidades pedagógico-terapêuticas.*

Finalmente, relato o que me causou mais impacto, o que poderia chamar de elementos de realidade inseridos nesse trabalho – ou etapa empírica, para outros: o encontro para conversar com pessoas usuárias de serviços de saúde. Essa etapa é a contribuição coletiva (dos participantes) que promove um diferencial no itinerário, sendo, por isso, preenchida com as falas dessas pessoas singularíssimas. Cada uma delas recebeu uma pequena subseção, para facilitar os re-encontros que eventualmente queiramos fazer. Seções respectivas: *Encontro com corporeidades e subseções Acoplamento, Dissonância e Amortecimento (A-morte-cimento).*

Procurro encerrar o escrito com o levantamento de algumas possibilidades de interagir com as tensões que criei no texto – e no corpo – ao longo da leitura e com o auxílio dos conversantes-intercessores. Esse momento também para é reterritorializar, convocar uma outra Saúde a encontrar-se com outra Educação. Ofereço, para auxiliar, uma lista de leituras que me agenciaram (e ainda agenciam) nessa reconfiguração. Seções respectivas: *Prática terapêutica e pedagogia das corporeidades e Meus agenciamentos com a literatura.*

## Meus corpos de acoplamento



*Máscara abismo – Lygia Clark (1968)*

“Através dessas últimas máscaras sensoriais é o homem que se descobre em toda a sua plenitude, e mesmo quando ele enche os sacos de plástico [...] ele sente que ele está (na medida em que expela o ar e o plástico toma forma) se moldando, através desse mesmo espaço próprio do seu corpo que vai além dele, forma, para preencher todo um espaço ao redor dele mesmo.”

Este trabalho acadêmico é o *entrelaçamento* de alguns percursos. Como trabalho de pesquisa, finaliza a trajetória no mestrado em educação. Como trabalho de pensamento, extravasa o contato com minhas *heterogêneses*, marca o término de uma pesquisa e o término de uma dissertação de mestrado, mas estes pontos de chegada, embora sejam realidades evidentes, não são os acontecimentos mais potentes para o seu alcance. O trabalho que apresento está completamente implicado com as construções de vida porque passei ao escolher o mestrado em educação e vivenciá-lo, tornando-me um educador na observação e na prática da saúde. Sua realização não é uma culminância, é a exposição de um *meio do caminho*, produziu em mim efeitos mais que acadêmicos, foi despertado por vontades mais que acadêmicas: falo de encontros, de descobertas, de transfigurações. Acredito que, para esclarecer não somente do que falo, mas também com que intensidade falo, preciso oferecer uma pequena cartografia de meus pontos de vista, de minhas experimentações e da mobilização de modos de pensar-sentir-querer, onde educação e saúde se tornaram intercessões, não mais campos científicos de natureza analítico-racional ou técnico-aplicativa.

Minha formação inicial na saúde foi com a graduação em fisioterapia, tendo atuado em instituições hospitalares, prioritariamente em suas Unidades de Terapia Intensiva, e integrado grupos de pesquisa na área de fisiologia, de neurologia, de controle motor e de biomecânica. Essas vivências ofereceram-me uma inserção em cenários bastante reconhecidos, valorizados e até mesmo desejados na área da saúde. Entretanto, em algumas afirmações teóricas, em alguns encontros com os usuários das ações fisioterápicas ou em algumas relações com colegas, chefias e instituições algo se desencaixava, se distorcia ou perdia a forma. Algo pedia a minha compreensão, incomodava-me, fazia-me lembrar que poderia estar diante de uma insuficiência pessoal e/ou profissional.

Ao longo de minha inserção no mundo do trabalho, esses incômodos tornaram-se mais evidentes, era preciso saber mais ou saber outras coisas. Resolvi enfrentar tal “problema” buscando outra graduação, buscando a complementaridade, o que faltava. Resolvi estudar Educação Física, a Fisioterapia aportava um conhecimento

sobre o corpo, por certo insuficiente, preocupada com a reabilitação, quem sabe outro ponto de vista acrescentasse o que faltava, a noção de corpo saudável, um corpo a habilitar, não a reabilitar. Inadvertidamente, ingressei na modalidade licenciatura, uma ênfase completamente nova para uma pessoa cuja formação não fez nenhuma interface evidente com a área da Educação.

Aos poucos, fui vislumbrando algumas potencialidades que essa aproximação, Saúde-Educação, poderia oferecer às duas áreas, especialmente às realidades que vivenciava profissionalmente. Com a Licenciatura em Educação Física, descobri que havia algo de ciências da educação nas ciências da saúde. Alguma resposta possível às inquietações iniciais? Percebi que outras pessoas – muitas outras – já estavam incomodadas com a real incapacidade profissional de promover saúde, mesmo atuando nesse campo. Com essa avaliação, produziam outras práticas e saberes. Passei a questionar o que poderia suprir meu desejo por respostas: adquirir novas habilidades e competências; saber outras coisas; interrogar meus valores, conhecimentos e atitudes? O que faço e o que estudo se desdobra da promoção de saúde, da atenção integral aos usuários de fisioterapia ou da educação em práticas corporais? Percebi que a educação física não me trazia respostas e nem perguntas, eu levava as perguntas e, por isso, estudava educação física. Levava as perguntas da fisioterapia e buscava as respostas da educação física. As perguntas faziam mais sentido quando os conteúdos de ensino eram de educação, mas não eram uma educação da saúde ou do corpo, eram teoria da educação, teoria do ensino, teoria da aprendizagem, teoria do currículo, teoria da avaliação... Quando os conteúdos de ensino eram de prática corporal, via um corpo sob a habilitação de músculos e ossos. Os “incomodados” é que falavam de uma educação da saúde, educação do corpo, educação para as corporeidades. Desejava estudar educação?

A partir desse momento, não tinha apenas mais um incômodo, era já uma insatisfação. Um novo modo de trabalhar em saúde, de educar, de viver era necessário em mim. Busquei caminhos diversos entre as duas áreas, de um lado no movimento estudantil de educação física, de outro na ação profissional em fisioterapia. Integrei-me, junto com um coletivo multiprofissional de estudantes, ao

projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde (VER-SUS/Brasil), e abandonei o trabalho no setor privado da saúde, junto ao Complexo Hospitalar da Santa Casa, para incorporar-me ao Grupo Hospitalar Conceição, uma instituição inteiramente pública. Com estas duas experimentações intercessoras, redirecionei minha insatisfação: *do* esforço por reinterpretar, pelo trabalho, as ações programadas pelo setor da saúde, *para* estudar e pesquisar em Educação, no âmbito da pós-graduação.

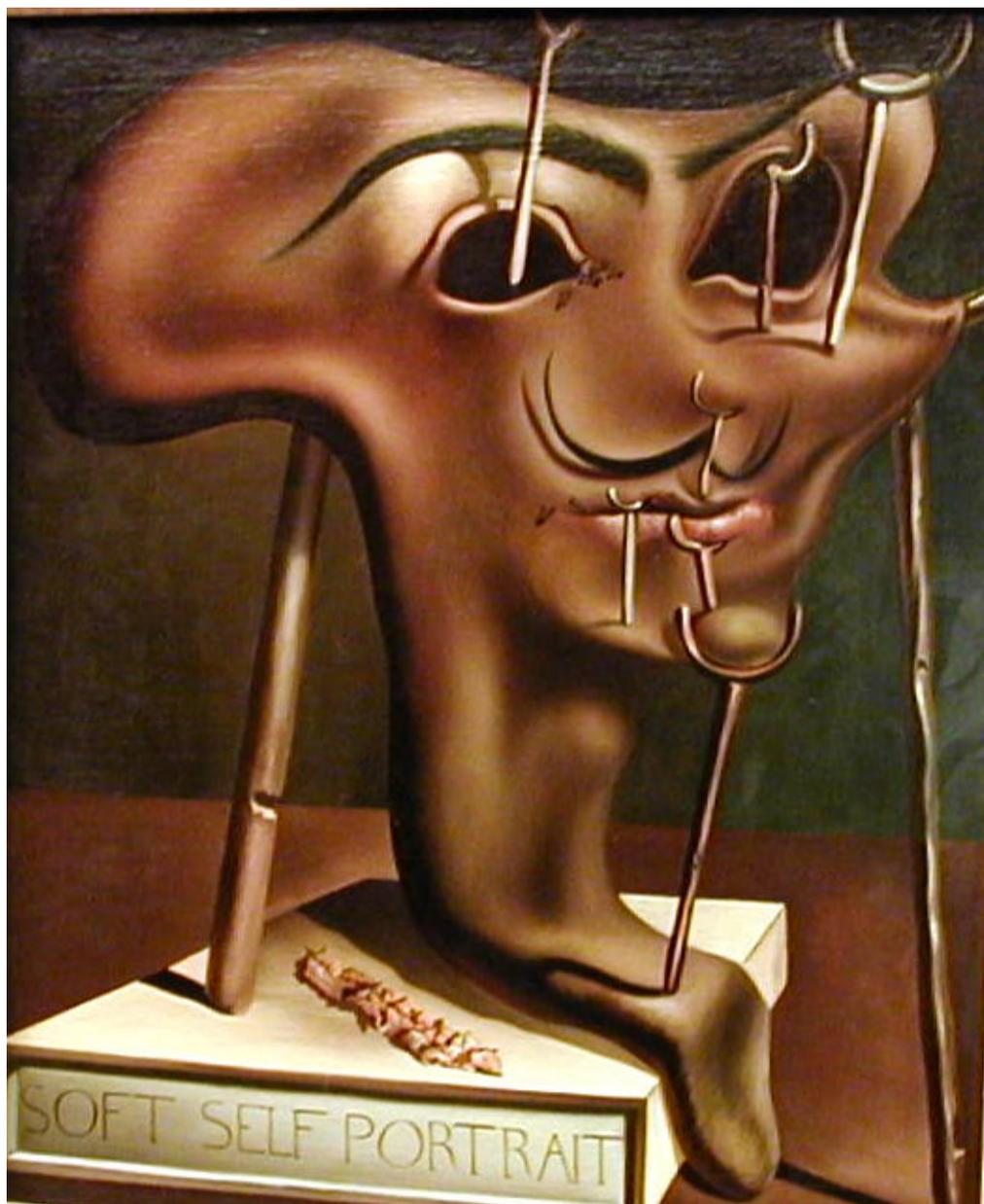
Busquei o mestrado em educação, tendo em vista a orientação de Ricardo Burg Ceccim, professor da área de educação em saúde. Essa aproximação parecia aportar a visão e a ação que eu desejava. Além da simpatia acadêmica pela pesquisa realizada na área da Educação em Saúde, desenvolvi admiração pela forma como o professor – e possível orientador – construía territórios de debate e alternativas de pensamento-ação para a saúde, a educação e a vida. Propunha inventivamente ações, conexões e passagens entre educação e saúde. Ele e seus companheiros de interlocução, que conheci ao longo da convivência na academia, na ação social, na ação de pesquisa e na militância estabeleciam uma produção intelectual em educação implicada com a saúde. Um componente subjetivo ou afetivo impunha minhas escolhas ou desafios. De verdade, eu nada sabia do que havia por vir a saber, eu tinha apenas a impressão de que havia um singular encontro entre educação e saúde. Uma experiência inovadora para mim! Estava acostumado a desconsiderar essas sensações *subjetivas* em valorização da *objetividade* – eis novidade. Esse arriscar-me, inclusive, parece ter impulsionado muito de meu desejo nessa etapa, tendo em vista a potência que sentia.

Nesse ponto da trajetória começa o trabalho que está sendo lido. Sua definição, simultaneamente e pelos mesmos motivos, foi difícil e fácil: quero provocar Educação e Saúde a aproximarem-se em prol de uma terapêutica que diga respeito à invenção da vida, à criação, ao cuidado com *corpos de sensação* que pedem passagem em corpos de músculos, ossos e vísceras. Almejo serviços de saúde que ofereçam uma atenção profissional aos problemas que impõem corporeidades, não reconformando-as, mas tomando-as em potencial reconfiguração – reconfiguração que fale da liberdade ao devir, de escuta pedagógica e de acolhimento clínico. O

objeto de estudo mais presente em meu percurso como profissional da saúde – e que foi-me reapresentado na formação de educador – é o corpo, mas agora percebo e falo em corporeidades. Apesar da aparente obviedade, tive dificuldade em conhecer, compreender e agir com algumas proposições, especialmente, transpô-las para a prática clínica. Tive de desfigurar-me repetidamente, com uma notável reconfiguração nas realidades em que estou inserido – vivi, por exemplo, quase que caleidoscopicamente o trabalho que aqui apresento.

Assim, meu objetivo primeiro é a enunciação e visibilidade ao encontro educação-saúde na formulação de práticas terapêuticas. Penso em uma saúde sob a intercessão da Educação, que não caiba mais nos limites a que se estreitava quando encontrei a *zona de fronteira*: pedagogia das corporeidades. A intencionalidade da pesquisa aqui inserida foi a de tensionar a construção conceitual de corpo que é utilizada para assegurar um *modelo* de práticas em saúde, utilizando-me para isso de provocações provenientes da Educação – com o auxílio dos autores e interlocutores que me acompanham nesse texto. É importante deixar claro que todo o processo vivido e encarnado nesse trabalho não tem a intenção de – e nem mesmo deveria tentar – oferecer um conceito substitutivo de corpo, mas explicitar possíveis vias de escape, evidenciar algumas linhas de fuga, em direção a práticas terapêuticas e educativas – em saúde – que encontrem corpos em desenvolvimento de suas corporeidades. Ocorrem escolhas políticas de saúde, de educação e de vida, espero companhia!

## O corpo sob a sujeição do organismo



*Auto-retrato mole – Salvador Dalí (1941)*

“Auto-retrato anti-psicológico, em lugar de pintar a alma, ou seja, o interior, pintar unicamente o exterior, o invólucro, a luva do meu eu...”

Qual o corpo que é tratado pelo setor da saúde? Qual o corpo que vejo – ou devo ver – no leito da Unidade de Terapia Intensiva e qual vejo – ou devo ver – na quadra de educação física? Qual corpo o paciente quer que eu veja e qual corpo quer o aluno? Os corpos que vejo são os corpos que eles sentem? Falo – ou devo falar – em corpo ou em corpos? Por que o corpo – ou os corpos – é/são assim para mim? Essa foi uma das primeiras questões com a qual fui confrontado pela Educação e uma das mais relevantes para compreender as relações terapêuticas e educativas em saúde que nossa sociedade coloca como científicas. Primeiramente, preciso compartilhar duas *perspectivas* de análise do corpo – não as únicas, mas aquelas que parecem-me mais relevantes para problematizar a relação terapêutica e educativa em saúde: o corpo que vemos, adentrando-o até o interior das células e o corpo que sentimos, ofertando-nos as sensações do viver intensivo/vibrátil.

De acordo com a abordagem natural-biológica, o corpo é um aspecto da identidade entre as espécies, o corpo humano apresenta estrutura anatômica e funções fisiológicas compatível com um determinado biótipo e compleição moral dos humanos. Assim, os corpos humanos são definidos como individualidades com características objetivamente biológicas e psicológicas, em uma “evidente” natureza comum. O homem, por essa perspectiva é colocado como produto do corpo, inquestionavelmente constante. As diferenças nas condições sociais e institucionais estariam submetidas ao imaginário biológico, diferenças estas potencialmente explicáveis por causas “naturais” (da natureza biológica). A pessoa torna-se uma descrição fiel do corpo, inclusive nos aspectos subjetivos, generalizáveis pela história natural. Dessa forma, o poder de contestar e modificar a “natureza”, reveladora e determinante, é limitado (quando existe), fazendo com que a subjetividade só possa influenciar características do temperamento, sem reflexo importante sobre o conjunto individual e coletivo. A evidência da presença subjetiva nos estados do corpo não é motivo de redução no impacto da explicação biológica, mas do *ainda* limitado conhecimento em neuroquímica, hormoniodependência ou biologia molecular. Um contraponto para essa visão é a da abordagem sociocultural, perspectiva em que o corpo é produto do homem. Dessa forma, a dedução das qualidades humanas determinadas somente pelo aspecto da configuração corporal

é substituída pela compreensão de que o homem produz as qualidades desse mesmo corpo na interação com os outros e na sua imersão no campo das subjetividades, construindo social e culturalmente sua corporeidade. Nessa perspectiva o corpo já não é mais natureza incontestável, no entanto, apesar de ampliar o entendimento sobre o que pode atravessar o corpo, ainda existe certo componente de determinação, de desconsideração de algo imanente. Impossível de ser dissociado da pessoa que o *encarna*, o corpo é elaboração social e cultural, mas também sensação, intensidade, força. A abordagem natural-biológica corresponde ao que chamamos na história da terapêutica profissionalizada (medicina) por medicalização (Foucault, 1977) ou biomedicalização, enquanto a abordagem sociocultural fez emergir a antropologia médica e os estudos da resposta dos grupos sociais às patologias e às racionalidades terapêuticas. O que temos: um corpo biomedicalizado ou um corpo médico-antropologizado.

O corpo que sentimos, entretanto, tem uma natureza biológica e inscrições culturais, mas tem, ainda, vivências singulares, “pássaros e leões nos habitam,” diz Lygia Clark (2001). Um corpo-vibrátil se mostra sensível aos efeitos da agitada movimentação dos fluxos ambientais que nos atravessam, diz Suely Rolnik (2003). Para Rolnik, com base em Deleuze e Guattari e em Spinoza, nossa singularidade é a de um corpo-ovo, no qual germinam estados intensivos, desconhecidos, provocados pelas novas composições de fluxo, convocações e linhas de fuga. Pode ocorrer que a germinação avolume-se a um tal ponto que o corpo não consegue mais expressar-se em sua atual figura e experimentamos o desasossego. O corpo apresenta sintomas, apertos, gemidos, aflições, parestesias. O “ovo-em-nós” quer romper sua casca. Se não deixamos, nosso corpo se torna sua mortalha, não sem conseqüências. Se nosso corpo for seu território, será o começo de outro corpo que se engendra em nós ou por nós. Oposto ao corpo-organismo, este é um Corpo sem Órgãos (Deleuze e Guattari, 1996).

Essa é a perspectiva excluída da ação terapêutico-profissional da saúde ou da educação em saúde que sentia “cutucada” em mim. Diferente dos impossíveis que as outras visões colocam para uma “arte da clínica”, esta desestabilização de um

“corpo-ovo” proporciona a oferta de outros corpos, refere-se às corporeidades e ao contato vivo dos usuários ou dos profissionais de saúde e entre usuários com profissionais de saúde. O corpo para ver é o corpo que pede para nascer. Puxa: pânico!

À materialidade do corpo são postas idéias de corpo que buscam um sempre e mesmo corpo (seja ele biológico ou social) ou são postas corporeidades de co-engendramento? À materialidade do corpo na saúde são postas terapêuticas de *feedback* e, assim, proporcionando o retorno da homeostase ou são ativadas, como terapêuticas, corporeidades por heterogênesse (produção de si pela emergência de diferenças, singularidades)? Se à materialidade do corpo se acopla sua imaterialidade (sensações, afectos, perceptos), nem mesmo a materialidade é somente biológica. Apesar do predomínio da materialidade natural-biológica nas comunicações científicas do setor, há muito é sabido que o corpo é também histórico-social, resultado de um longo processo de elaboração cultural. Le Breton, por exemplo, antropólogo francês, apresenta-nos uma extensa obra relacionada especificamente aos papéis do corpo e das corporeidades em nosso contexto sociocultural (Le Breton, 2006). As práticas do corpo e para o corpo, nessa visão, podem ser tomadas como entrecruzamento de elementos culturais, políticos e mesmo econômicos, sendo revistas em cada modificação relevante de nossa constituição como sociedade.

A contemporaneidade “corporal”, o imaginário de corpo que utilizamos predominantemente hoje em dia, pode ser analisada a partir de um período histórico iniciado em meados do século XVIII – e estendido até a atualidade. Apesar de não pretender aqui traçar uma história da medicina, é preciso lembrar algumas das principais contribuições da medicina experimental na representação do funcionamento do organismo, bem como nas concepções de doença, para difundir esse corpo entre os profissionais e usuários em saúde.

Madel Luz (2004), Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine e Georges Vigarello (2008) assinalam como, na segunda metade do século XVIII, uma série de inovações artísticas, filosóficas, científicas e tecnológicas convergiam para a ruptura da visão

de mundo predominante na sociedade ocidental no que se refere ao corpo ou às culturas do corpo. Durante cerca de um século houve a elaboração de certas categorias e conceitos fundamentais para a constituição teórica de um conjunto de “verdades” consolidadas pelo contexto cultural (epistemologias), as quais constituíram socialmente uma racionalidade que se alastrou amplamente. Tais conceitos adquiriram paulatinamente força de *norma*, de regulação de vários aspectos da vida. A contínua atualização dos efeitos implicados nessa racionalidade, por meio de uma série de políticas sociais, direta ou indiretamente ligadas ao Estado, tornou possível a efetivação de *discursos de verdade* (Luz, 2004).

Esses discursos sobre as corporeidades foram sustentados principalmente por um grande eixo produtor de sentidos a partir do período histórico moderno (ou modernidade): a chamada *ciência*. Na sociedade ocidental atribuir o título de científico constituiu-se como sinônimo de adjetivar algo como verdadeiro, fundamentado e merecedor de crédito. Dessa forma, esse recorte configura a *racionalidade científica moderna*, ou seja, modos de pensar o mundo a partir de uma visão da ciência e das relações que as *disciplinas científicas* articulam para conhecer, compreender, propor e agir sobre a vida das pessoas. As disciplinas são campos particulares de afirmação dos saberes científicos, um conjunto de enunciados inseridos em um campo específico de objetividades, constituindo os objetos desse discurso (Luz, 2004).

A proliferação de disciplinas é uma das características mais importantes dessa racionalidade. Essas podem ter como tema objetos específicos e especializados de discurso, como, por exemplo, tratar de seres humanos segundo a materialidade orgânica do corpo, o cotidiano dos hábitos individuais ou as relações interpessoais. Assim, existe a formulação implícita de que, por suas *teorias explicativas*, as disciplinas possam propor conceituações sobre tudo, expondo os processos organizados e ocultos que operam as realidades. O problema, nesse caso, é que a intervenção sobre as realidades é limitada, tendo em vista a necessidade de assumir-se algumas “verdades” que explicam e regem os movimentos materiais e mesmo sociais. Esquece-se, entretanto, que o próprio cientificismo teve o sentido – mais ou

menos explícito – de instalar e assegurar uma ordenação específica, com características e objetos de discurso próprios, para possibilitar a previsão – e consequente controle – dos aspectos de viver.

Em ressonância e alinhamento com essa proposta de mundo, surge o imaginário científico da medicina (a “disciplina” da atenção às doenças ou cuidado à saúde), corroborado ou corroborando diversas ciências modernas, preponderantemente àquelas da mecânica clássica, reitera Kenneth Camargo Jr. (2003). Um dos aspectos mais marcantes que esse discurso propõe é o caráter *generalizante*, suas produções têm valor universal. Essa característica se expressa, tanto na saúde como na educação, pelo uso de *modelos* de aplicação geral – o que não deixa espaço relevante para singularidades ou mesmo particularidades. Se há leis gerais que regem tudo, posso pressupor que o entendimento e a compreensão de algo pode se dar pela análise isolada das partes que a compõem – sugerindo de forma velada que o todo é necessariamente o resultado do somatório das partes e que podemos conhecer, de alguma forma, todas as partes. Outro aspecto importante que ajuda a encontrar o corpo “moderno” é a ênfase mecânica ou *mecanicista* que perpassa a construção disciplinar, agregando a impressão de que os fenômenos biológicos, sociais ou culturais seguem a lógica de mecanismos interligados, explicáveis e explicitáveis em suas conexões. Um acontecimento na vida, então, deve ter uma causa que pode ser descoberta e observada pelos seus efeitos diretos em uma causalidade linear ou complexa.

Aqui faço uma pequena interrupção para reforçar como essas formulações pareciam-me naturais, encaixando-se ou não nos contatos que estabelecia com os usuários de minhas ações profissionais ou nas reconfigurações de meu próprio corpo. Estudar não me trazia alento para os incômodos com a profissão, mas colocava perguntas ao exercício profissional coletivo. Um exemplo foi retomar o fato de que aqueles que, na antiguidade, tratavam profissionalmente das doenças guardavam certa distância do corpo, apesar de não ignorá-lo em sua atuação. A partir do final dos anos 1700, no entanto, a *observação*, tanto na medicina como nas outras ciências, começa a ganhar espaço como operação essencial. Não

casualmente, o que há para agora ver coincide com o desenvolvimento de tecnologias como o microscópio, como descreve Henri-Jacques Stiker (2008). Essa ligação com a prática clínica atual está colocada por iniciar o afastamento da visão do corpo humano relacionado a um ambiente, um contexto: uma série de análises cada vez mais precisas e cada vez mais parciais. Gradualmente se constrói a imagem de um composto por órgãos, tecidos, células, genes e alelos de genes, suprimindo o componente das relações, das interações, dos acoplamentos de sentido e das codeterminações eu-mundo do organismo. Além disso, a análise essencialmente observacional estabelece uma tendência a explorar fragmentadamente o corpo, representada emblematicamente pela prática de necropsias, chegando às moléculas que compõem tudo, no final do século XIX (Faure, 2008). Essa decomposição do corpo, órgão a órgão, revelava sistemas funcionais intrincados, o que reduziu mais ainda o interesse que poder-se-ia ter em uma visão global (Crespo, 1990). Um aspecto que impressionou meu entendimento foi perceber que essa exploração cada vez maior pelas tecnologias de investigação não objetivava apenas facilitar a compreensão de toda a “máquina humana”, mas sua “apreensão” em formas continuamente mais refinadas, mais especializadas e menos evidentes.

A realização continuada de pesquisas sobre esse corpo em busca dos seus componentes essenciais, do entendimento total, levou à complexificação dos estudos científicos, tanto técnica quanto interpretativamente. Foi gerada a necessidade de *especialização* profissional para dominar particularidades emergentes no campo das ciências da vida (o que podia – e ainda pode – ser entendido tanto como medicina como biologia): os campos da histologia e da patologia celular. Assim, coerente com a visão analítico-mecanicista, a forma legítima para tratar os problemas relacionados à saúde provém de uma medicina do corpo biológico e de suas lesões (*clínica anátomo-patológica*). Essa ciência que desponta traz a necessidade de maior objetividade ao tratamento, tornando incompatível a caracterização das doenças apenas em sua sintomatologia, uma informação que, por essa lógica, é implicitamente pouco acurada e confiável se tiver por base apenas as impressões subjetivas de quem está doente – imaginário atualmente disseminado na formação e atuação dos profissionais de saúde.

Nesse processo de valorizar a identificação do que está causando a doença para assegurar sua erradicação, a própria visão das doenças será transformada. Estas não podem mais ser vistas como fenômenos integrantes da vida, mas como a expressão controlável ou evitável de alterações biológicas desviantes e indesejáveis – ou assumir-se-ia que o tratamento faz uma intervenção parcial, intencional e incompatível com a neutralidade científica moderna. O fundamental, contudo, é a consolidação da perspectiva que se opera em saúde: a concepção de doença – e não mais a de corpo. De forma muito precisa, Madel Luz (2007) define que a medicina ocidental torna-se definitivamente, a partir dessa escolha, uma *ciência das doenças*, contrapondo-se à intenção inicial de nomear-se como um desdobramento da originalmente “arte de curar”.

A visão do corpo ainda sofrerá um atravessamento final, na virada do século XIX, que considero relevante para consolidar a valorização da doença: a descoberta dos micróbios. A possibilidade de associação de seres vivos invisíveis a olho nu com o desenvolvimento de problemas de saúde tornou-os ameaças infecciosas a um corpo que deve defender-se do “agressor imperceptível”. É interessante notar que as principais medidas sugeridas para evitar os riscos de contaminação, como a idéia alarmista de limpeza higiênica – que se dissemina –, também constroem forçosamente as possibilidades desse corpo. Implicitamente “limpa-se” (ou “apaga-se”) o que não se quer circulando – ou sendo visto, ou sendo sentido – nos corpos e na sociedade. Essa característica de “impor saúde” pela eliminação das possibilidades de doenças por meio de medidas higiênicas, esse *higienismo*, é, em certa medida, a consequência – ainda que mais temporária – dessa visão de corpo predominante.

Instrumentalizados por esse conjunto de agregações conceituais, devemos perceber, portanto, que fomos preparados para essa racionalidade, apreendemos uma *representação* do corpo. Ao longo do século XIX e atingindo o ápice na primeira metade do século XX, os discursos “corporais” vão ganhar *institucionalização*, configurando-se (e sendo replicados) nas escolas, nos hospitais, nos quartéis, nas fábricas, nos lares, enfim, em uma rede reprodutora de categorias e conceitos

originários do discurso científico biológico disciplinar moderno. Assim, segundo Henri-Jacques Stiker (2008), pode-se pensar que essa configuração assegurou e reconheceu, pelo Estado e suas estruturas, o direito à doença no corpo – algo que perpetua-se até hoje, apesar das afirmações politicamente ajustadas de que essa racionalidade defende atualmente o direito à saúde.

Uma outra questão já pode ser colocada nesse momento: por que motivo essa intervenção crescente, marca registrada da já citada racionalidade científica moderna, arrastou-se até nossa atualidade? Principalmente pelos sucessos que esse modo de pensar e agir conseguiu na exploração dos organismos, dando a impressão de que a medicina está rumando para o total desvendamento dos segredos inscritos no corpo. Dessa forma, os médicos tornam-se os mediadores obrigatórios da gestão biológica – e social – dos corpos, estendendo sua influência para além do âmbito das doenças propriamente ditas. Cabe aqui uma ressalva: o sucesso inegável das visões médicas sobre esse corpo não se referem a uma determinada categoria profissional, a dos médicos, por exemplo, mas ao engendramento da afirmação do corpo como um organismo animado por leis físico-químicas, as quais regem esse aglomerado de células organizado em um indivíduo (o *organismo da modernidade*), sobre o qual é possível impor a gestão de fármacos, alimentos, exercícios, hábitos culturais... (Ceccim e Merhy, 2009) A configuração social que temos hoje em dia exige cada vez mais controle e exposição dos modos com que os indivíduos produzem suas vidas e às corporificam (Moulin, 2008).

Essa vinculação, essa apropriação pela medicina levou à conseqüência de que hoje em dia já não é possível falar do corpo e de seu funcionamento sem recorrer ao vocabulário médico – dentro ou fora da área da saúde. Trata-se de uma versão popularizada da “razão médica”, com novos e distintos poderes, sob o interesse não só de Estado, mas das economias industriais e de serviços. Corpo, doenças e agravos são nomeados e localizados de acordo com uma linguagem e geografia predominantemente médica, assim como o conjunto de órgãos e de processos fisiológicos e bioquímicos sediados no organismo. O interessante é notar que essa

terminologia nem sempre corresponde perfeitamente à conceituação explicativa científica, mas ela *orienta* representações sobre corpo, saúde e doença.

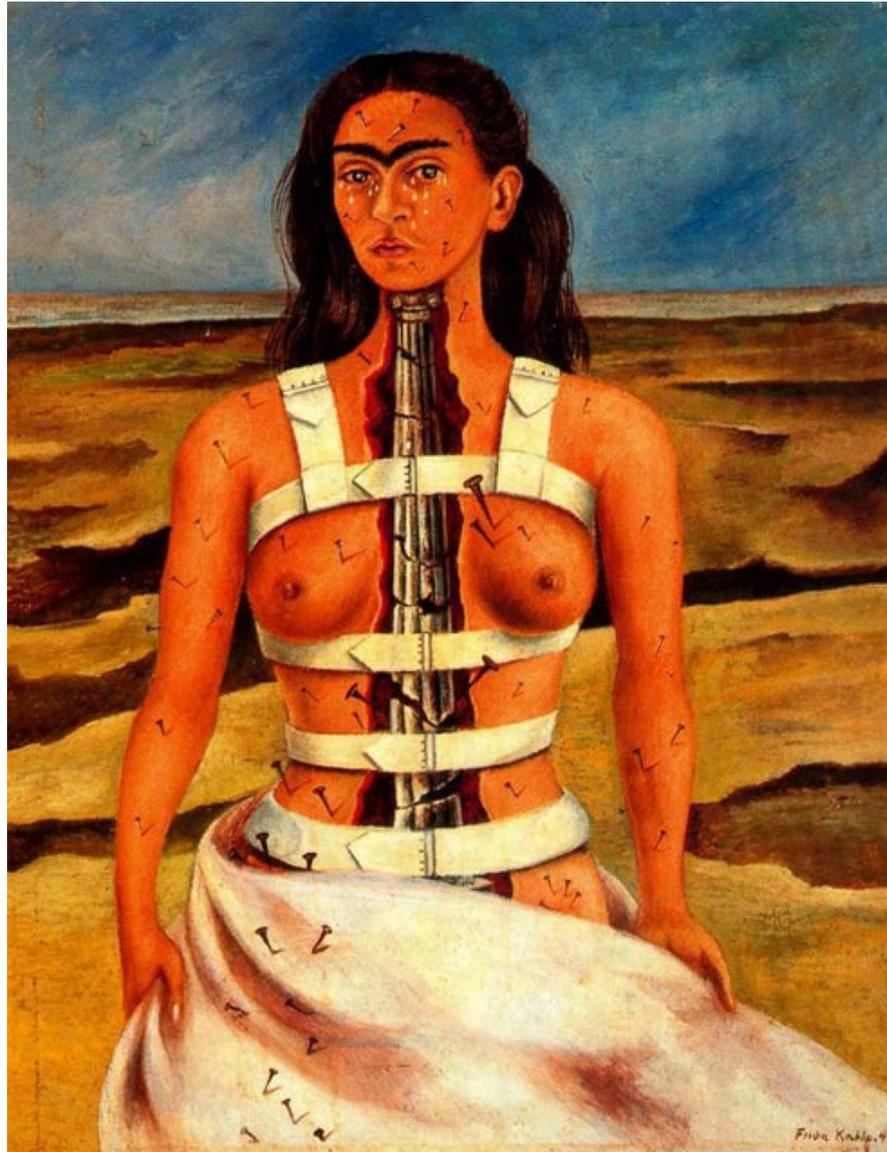
Na saúde, por exemplo, ao “normalizar” os fenômenos individuais e coletivos da vida em sociedade por meio de saberes biocientíficos, a história do corpo confunde-se com a da *medicalização*. A chamada medicina ocidental assumiu e enquadrou um sem-número de atos ordinários da vida, tornando-se não apenas o principal recurso em caso de doença, mas um guia de vida – promulgando regras de comportamento, censurando prazeres, aprisionando o cotidiano em recomendações, fornecendo inclusive novas significações para a existência de vários problemas sociais como a fome e a pobreza, todos convertidos em fisiopatologia e passíveis de diagnose e terapêutica médica (Foucault, 2005). A justificativa para tamanho controle da vida reside no progresso que os conhecimentos biocientíficos produziram sobre o funcionamento do organismo e a reivindicação de vitória sobre muitas doenças, atestada pelo aumento regular da longevidade. No entanto, ao perceber a negação de aspectos subjetivos e relacionais, inerentes ao processo de viver, questionei-me se essa visão de mundo é suficientemente resolutiva dos problemas de saúde e afirmadora de possibilidades diversas de vida.

No sentido de ampliar a compreensão desse processo de regulação da vida, a perspectiva de Michel Foucault revelou-se extremamente fértil para os estudos das práticas e dos saberes biocientíficos na sociedade ocidental contemporânea, abrangidos pela designação de *biopolítica* (Foucault, 2004). A partir das análises foucaultianas é possível perceber mais claramente a dimensão do poder disciplinar da medicina como parte integrante dos campos de poder na sociedade, cujo exercício de domínio da vida se faz, entre outras, por meio de políticas relacionadas ao corpo – onde relações de poder o investem, marcam, dirigem e sujeitam.

Aqui uma constatação atingiu-me: se há exercícios de poder nas relações com o corpo – como a atuação profissional que eu tinha – devo assumir que existem interesses inerentes em todos os envolvidos na construção e consolidação de determinada visão de corpo – incluindo eu mesmo. Este investimento político do

corpo na sociedade em que vivemos está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização como força de produção de subjetividade. Sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição, onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado: o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa constatação leva à consideração de que poder e saber estão diretamente implicados, que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder. A subjetividade é, pois, justamente, a dobra em nós do saber-poder, não mais dependente do que elaboramos/interpretamos, simplesmente somos, tanto mais “sujeitos” ao saber-poder, mais sujeitos desse saber-poder. Assim, o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, dirá Foucault, que, antes de tudo, investiu a sociedade ocidental, racional, científica e moderna. *O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica* (Foucault, 2005). Somente um pensar de fora da dobra nos retira da sujeição para a subjetivação, desdobrando o assujeitamento para a invenção de si, um biopoder das corporeidades (Pelbart, 2003; Ceccim e Merhy, 2009).

## A terapêutica: do organismo?



*La Columna Rota – Frida Kahlo (1944)*

“Pensaram que eu era Surrealista, mas nunca fui. Nunca pintei sonhos, só pintei a minha própria realidade.”

Por que o corpo não continuava da mesma forma quando fui trabalhar em saúde?

Essa foi a inquietação que me atingiu. Percebi que meus recursos profissionais evidenciavam aspectos marcantes de expressão da modernidade na constituição dos saberes profissionais em saúde, essas características definiam o próprio imaginário do que é terapêutico, mas não me confortavam. Eu queria alguma aposta em projetos de vida. Quais poderiam ser? Com quem ou como as faria? Que “sonho” era esse?

Inicialmente, considero importante trazer o conceito de *racionalidade médica*, definido por Madel Luz (2007) como “um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos fundamentais: uma anatomia (ou morfologia) humana; uma fisiologia (ou dinâmica vital) humana; um sistema de diagnósticos; um sistema de intervenções terapêuticas; e uma doutrina médica”. Madel chama por “racionalidades médicas” às formas da terapêutica, não há aí nenhuma acusação à prática nenhuma, ela levantará as racionalidades ocidentais, orientais, milenares, científicas etc. Entretanto, a autora nos mostra a identidade entre razão médica e racionalidade científica moderna. Em última instância, essa análise particulariza a atuação da racionalidade científica moderna no campo da saúde, podendo ser denominada de forma mais concisa como *biomedicina* – termo que reflete adequadamente a vinculação dessa razão com o conhecimento proveniente de disciplinas científicas embasadas principalmente no campo da biologia, produzindo um *modelo de saúde* (Camargo Jr., 2003). A *biomedicina* – ou *medicalização* – estou designando, neste texto, como *biomedicalização*.

A *biomedicalização*, portanto, acaba ocupando-se da produção (ou reprodução) de certos objetos de discurso que são predominantemente sociais – e não fenômenos essencialmente biológico-físico-químicos. Dessa forma, o próprio exercício dessa racionalidade reforça que as relações dos indivíduos e dos grupos com o corpo (ou outros acontecimentos vividos, como o sofrimento, o adoecimento, a morte) devem ser consideradas como construídas socialmente e não eventos do âmbito “da natureza”, como freqüentemente se alega. Assumir esse aspecto de construção social indica a ocorrência do enfrentamento e repressão de outras racionalidades,

principalmente quando estas ameaçam instituir outras categorias e conceitos (outros discursos e práticas). Um esclarecimento é importante aqui: a competição pela produção de sentidos diferenciados não corresponde necessariamente à existência das múltiplas disciplinas no campo da saúde. Apesar de suas atuações se entrecruzarem nas práticas, as profissões diversas em saúde não estão desarticuladas do modelo teórico-conceitual hegemônico, sendo todas, em alguma medida, exercício de ideologias científicas particulares – submetidas, portanto, à mesma racionalidade científica moderna, à razão médica e à biomedicalização.

Em ressonância com as profundas transformações institucionais ocorridas para consolidar essa racionalidade, a referência que constitui a saúde moderna consolidou-a como permanentemente ligada às doenças. A doutrina da biomedicalização traz implícita a idéia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados por uma causa ou por causas múltiplas. Assim, o sistema diagnóstico é peça fundamental dessa lógica, dirigido à identificação das doenças – a partir da caracterização das lesões observáveis –, tomando a terapêutica como complementar (não como um fim), como um instrumento para atingir as causas identificadas das doenças ou, até mesmo, a confirmação ou rejeição do diagnóstico, o que implicitamente configura a própria definição de saúde como ausência de doenças.

Essa diferenciação entre diagnose e terapêutica pareceu-me incidir especialmente sobre o modo como direcionava minha atuação em saúde: o reconhecimento de que existe uma sistemática quase que comum nas múltiplas profissões contemporâneas para a elaboração de hipóteses diagnósticas, o que é indicativo de um projeto político-científico-social convergente. O processo de elaboração diagnóstica passa usualmente por dois estágios, conforme esclarece Camargo Jr. (2003): a anamnese (recolhimento da história pessoal, principalmente buscando elementos relacionados com a ordem cronológica dos sintomas) e o exame físico (que visa encontrar os sinais – correspondentes ou não – à sintomatologia). O segundo momento é claramente o mais valorizado hoje em dia, condicionando a

atenção prioritariamente aos distúrbios corporais percebidos pelo profissional e não àqueles que sentimos como entes de sensação – não só reiterando a confiabilidade dos sinais objetivos sobre os sintomas subjetivos, mas mesmo atestando a inexistência desses últimos. Para comprovar que nem sempre o usuário/paciente está sentindo o que afirma (ou que deveria sentir o que não percebe), é necessária uma abordagem detalhada dos exames (complementares?), cujo consumo de tecnologias laboratoriais e por imagem parece ser a característica mais evidente (mesmo com uma especificidade muitas vezes equivalente a dos métodos de exame físico e anamnese mais dedicados). Além disso, agrega-se a aparência de “ciência” aos métodos complementares, valorizados como mais “objetivos” – apesar destes ainda necessitarem da interpretação subjetiva dos resultados após sua realização. É interessante como, cada vez mais, as tecnologias para o diagnóstico têm sido legitimadas como necessárias para se identificar distúrbios que não demonstram evidências – o que traz uma contrapartida preocupante, quando não é mais preciso chamar atenção aos efeitos de algo que perturba: toda pessoa saudável é um doente potencial, facultando ao profissional acesso aos diferentes domínios da vida da pessoa (desde os mais privados aos mais públicos). O objetivo geral da diagnose, nesse contexto, é traçar a caracterização (minuciosa, se possível) das doenças que originaram um dado problema, detalhando-se todas as lesões presentes e sua evolução temporal, idealmente chegando-se às causas originais – mais uma vez reafirmando o modelo explicativo moderno.

Assim, se o estudo patológico assegura que apenas o profissional está legitimado como detentor do saber oficial sobre a doença, a relação terapêutica com o corpo modifica-se, substituindo-se o espaço de diálogo, onde há o predomínio da comunicação, para o da interpretação por dados objetivos (dados dos exames e das evidências, não das narrativas ou do surgimento de questões, mas dos padrões de normalidade biologicamente sustentados) e prescrição de condutas invariantes de homeostase, não ativação de heterogêneses. Já não se depende somente dos sintomas que a pessoa sente e pode expressar, mas dos sinais observáveis e identificáveis – o doente e seu corpo não fornecem mais do que indícios à investigação diagnóstica. O exame anatomopatológico complementa a supressão

de qualquer possibilidade da pessoa de definir sua doença perante os operadores dessa racionalidade, tendo em vista conferir materialidade ao diagnóstico proposto. É importante lembrar que quaisquer evidências encontradas e utilizadas para a composição do diagnóstico só fazem sentido quando comparadas a um modelo generalizante, o que foi referido em minha formação profissional em saúde como *padrão de normalidade*.

Um dos maiores paradoxos com o qual me deparei ao explorar a constituição da área da saúde foi o da forma como a terapêutica desenvolve-se: parecia-me que um diagnóstico correto levaria a uma implícita resolução do problema de saúde. Na realidade, pela forma como está configurada a saúde atualmente, pode-se definir um tratamento como o conjunto de procedimentos sobre determinados órgãos ou sistemas de uma organização corporal, a partir de um diagnóstico. Atendimento, mas não necessariamente terapêutica ou cura. Isso indica outro traço constitutivo da biomedicalização, apontado por Camargo Jr. (2003): o descompasso entre o projeto científico do estudo das doenças e o projeto ético da terapêutica (nem sempre plenamente conciliáveis entre si). Na racionalidade biocientífica ou da biomedicalização percebe-se um menor rigor na enunciação e no controle de princípios gerais para orientar a intervenção, podendo o tratamento ser definido de forma mais variável para cada doença – fator potencializado inclusive pela menor relevância acadêmica e científica que esse aspecto recebeu.

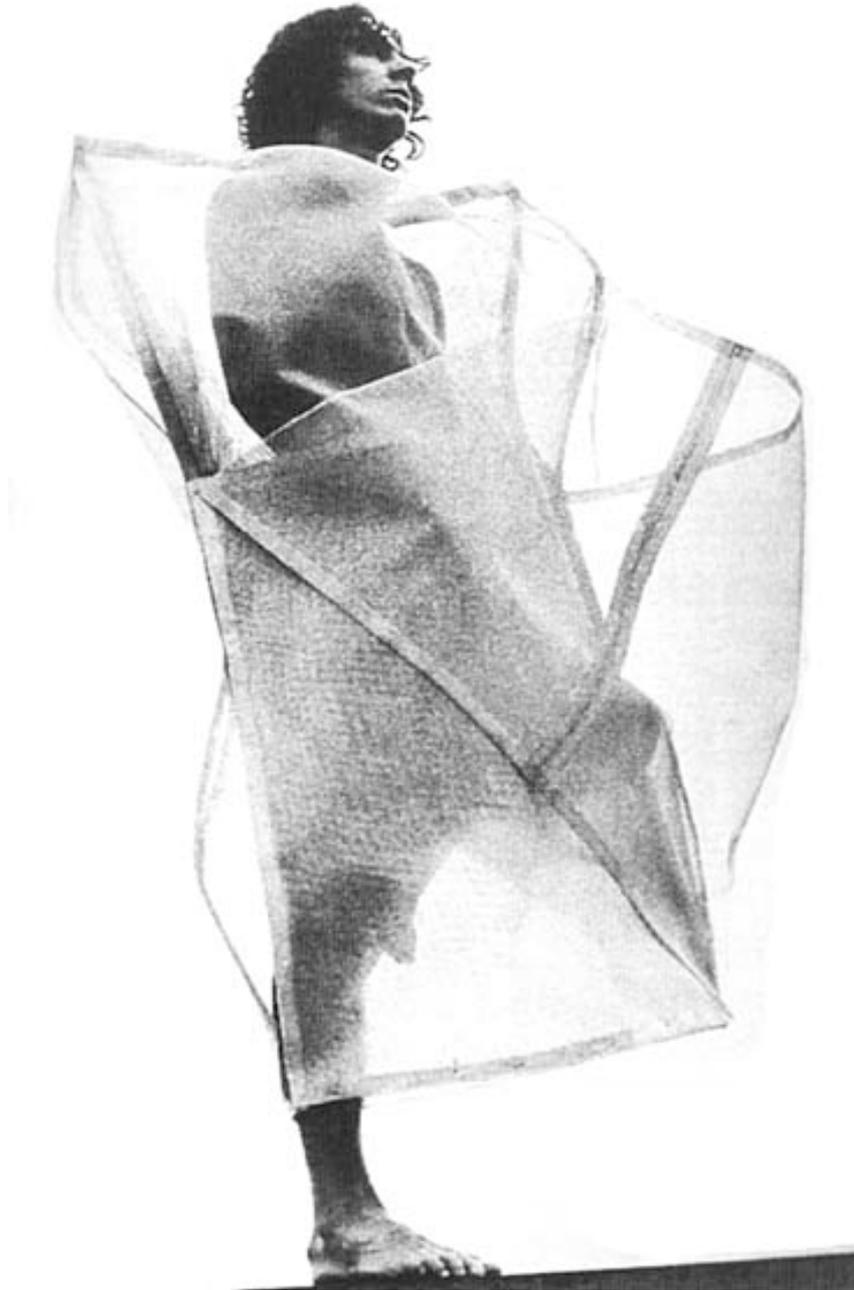
No entanto, apesar de, teoricamente essa menor valorização conferir mais liberdade na escolha de diversas técnicas terapêuticas, habitualmente apenas intervenções farmacológicas e cirúrgicas são consideradas como realmente legítimas por essa racionalidade. Essas práticas estão alinhadas com o modelo que afirma a doença como definida e perturbadora do equilíbrio nos mecanismos do *orgânico*, cujas causas devem ser combatidas (via medicamentosa) ou extirpadas (via cirúrgica). Assim, outras abordagens que não possuem o mesmo estatuto e o mesmo apelo no momento das recomendações “resolutivas” relacionadas ao problema de saúde tendem a ser desconsideradas – até atingirem um padrão de exigência científica satisfatório. Relembro uma citação de Canguilhem, afirmando

que “a terapêutica atual é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapou à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada” (Canguilhem, 2006, p. 185).

Se considerarmos que a terapêutica moderna – “científica” – não supõe lugar para crenças, valores etc., não contemplando as sensações, interpretações, interações daquele que vive o processo de ser-saudável-adoecer-curar-se, podemos retomar o questionamento sobre a própria eficácia desse modelo de interação com as necessidades de saúde. Para evitar confusões no uso das terminologias, trago a análise de Kenneth Camargo Jr. (2003), para quem o conceito de terapêutico está ligado a um projeto ético direcionado, em última análise, a restaurar, manter, recuperar um *potencial de vida*. Assim, precisei reconhecer que o projeto das profissões da saúde não está necessariamente alinhado com a terapêutica – apesar de essa ser uma justificativa bastante utilizada para embasar sua atuação.

Uma alternativa para tornar possível esse projeto profissional comprometido com o ato terapêutico é uma prática *entre-disciplinar*, como a proposta de Ceccim (2005), na qual tenta-se superar o disciplinar (identidades profissionais isoladas) ou mesmo o interdisciplinar (aproximação de identidades profissionais). A terapêutica, que oferece uma rede complexa de conexões não está restrita pelo recorte epistêmico de profissão alguma (ou mesmo pelo somatório de todas elas), impondo um *desassujeitamento* para encontrar-se com outros em um lugar *entre*, uma *zona de fronteira* onde “não é possível discernir qual atuação própria e privativa pode dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento, cura ou terapia necessária ao singular evento do assistir e à singular experiência de vida que se põe em cena” (Ceccim, 2005, p. 264).

## O corpo além do organismo



*Parangolé Capa 23 – Hélio Oiticica (1972)*

“O Parangolé (...) não toma o objeto inteiro, acabado, total, mas procura a estrutura do objeto, os princípios constitutivos dessa estrutura, tenta a fundação objetiva e não a dinamização ou o desmonte do objeto.”

O corpo não pode abster-se de seus órgãos, entretanto a proposta de um *organismo* não é a “verdade” dos órgãos. O que a biomedicalização propõe é a organização do corpo, definindo forma e função, anatomia e fisiologia, que correspondem a uma representação do corpo (coagulação – sedimentação – de suas potências em uma forma), não à invenção dos corpos (figuração, desfiguração, reconfiguração das potências em variadas formas) ou à experimentação de corpos. Por que não seriam verdades o que dizemos e fazemos como *sentir com os ouvidos, ver com a pele, tocar com os olhos, respirar com a barriga*? Não são estas as condições objetivas de cegos, surdos, iogues, artistas, circenses? A noção de organismo é trabalhada por Deleuze e Guattari (1996), mostrada como correspondente ao campo social e interessada no assujeitamento dos indivíduos às hierarquizações, dominações, juízos morais. O organismo, não os órgãos, conforma subjetividades em identidades. O organismo, não os órgãos, arrasta modos de subjetivação. A partir dos diagnósticos de saúde, os profissionais propõem uma educação do organismo, tendo em vista reabilitação, auto-cuidado ou cura, o que significa propor uma identidade ao corpo, um regime de verdade, um modelo de subjetivação subordinado ao modelo de representação do organismo doente.

Percebo que até encontrar-me com a Educação, estava atento somente a um determinado modo de interagir com o corpo dos usuários das minhas ações de saúde, o corpo-organismo, o corpo organizado ou a reorganizar, o corpo a reabilitar ou mesmo a habilitar. Nada nesse corpo era imanente, ele era regido pela “lei transcendente” do organismo, que impunha imagens *a priori*. Minha intervenção terapêutica seria de trazer o corpo desorganizado pela doença de volta ao modelo representacional do organismo saudável – do organismo, agora, curado – ou, então, o mais próximo disso: o organismo reabilitado ou compensado. Desconsiderando mesmo a possibilidade de existência das múltiplas formas de vida. Essa postura, correta para meus professores ou supervisores e para os prescritores de condutas da diagnose médica, se tornava um incômodo. Eu não queria aplicar os corpos que atendia, queria escutá-los. Queria, inclusive, escutar com as mãos, queria falar muito com as mãos. Queria educar com as mãos um corpo que se colocasse atento à educação, não porque repreendido, mas atraído, interessado na pedagogia

da sua imanência. Dúvidas me atingiam: quais eram minhas compreensões sobre o imaginário que se construiu em cada corpo, que alternativas estão sendo propostas ou estão disputando espaço com o modelo biomedicalizador? O queria dizer aquela frase que ouvi na roda do VER-SUS: *as práticas contemporâneas estão relacionadas à construção de um organismo com supressão de suas subjetividades?*

Deparei-me com uma análise sobre o que Madel Luz (2007) definiu como *crise da saúde*, um fenômeno relacionado, entre outras causas, à perda de princípios coletivos, inter-afetivos, éticos e políticos em proveito da valorização de identidades, de modelos ideais, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de afirmação social. Considerando-se a representatividade que a medicina apresenta nesse contexto, a autora ressalta uma *crise da medicina* acompanhando essa reconfiguração social. Essa segunda fase revela o crítico afastamento da medicina contemporânea do ser humano como atualidade viva, especialmente nas suas práticas de intervenção. Não colocando em avaliação o modelo de produção de conhecimento (saberes biomedicalizadores), a medicina mantém-se sob a idéia de uma ciência das doenças, ofertando um molde para o ajustamento das práticas terapêuticas, dirigidas, portanto, ao organismo homogêneo ou a ser conduzido para a homogeneização generalizada que, afinal, dá lugar seguro às práticas biomedicalizadoras.

A partir da percepção da insuficiência desse modelo de produção de saúde, proposições novas de sistemas terapêuticos – ou formas antigas resgatadas e revisitadas – foram emergindo como *racionalidades terapêuticas* substitutivas àquela estabelecida como hegemônica. Essas substitutividades tensionam, conforme Luz (2007), cada vez mais, os âmbitos econômico, cultural e epidemiológico que nossa sociedade vive e exigem pelo menos algumas inovações no paradigma da terapêutica:

- a) não somente um indivíduo (o doente) é o objeto das práticas, como também seu cuidado é o objetivo;
- b) relação terapeuta-paciente recolocada como elemento fundamental da terapêutica;

- c) busca de meios terapêuticos despojados tecnologicamente, economicamente mais acessíveis, com igual ou maior eficácia;
- d) desenvolvimento de uma terapêutica que busque a autonomia dos usuários nessa relação (singularização da terapêutica);
- e) afirmação de uma atuação profissional em saúde que tenha efetivamente como centralidade a categoria de saúde, não a de doença.

Essa movimentação epistemológica faria com que as escolhas conceituais, os imaginários com que produzimos o corpo na saúde e a seleção de práticas terapêuticas tensionassem as realidades que vivenciamos em saúde, o organismo dessas práticas (sua rede de serviços e ações profissionais) e, por conseguinte, a defesa da identidade geral dos doentes em detrimento das singularidades proto-subjetivas, afinal, sabemos mesmo quem é o outro, o que vive e o que necessita, apenas porque localizamos a evidência de uma doença? Doença certamente de igual repercussão, fisiopatologia e resposta clínica em qualquer história individual?

Nas ciências disciplinares, por exemplo, existe a consideração do corpo mediante suas “partes” (componentes biológicos), ou ainda um *corpo de órgãos* organizados e objetivados. Nessa formulação, este é o território de atuação profissional, segmentado e especializado, despersonalizando os componentes biológicos e desconsiderando quaisquer possibilidades de interferência social, cultural ou econômica sobre os sinais e os sintomas apresentados e/ou vividos, quanto mais os de natureza vivencial, o plano intensivo, a subjetividade heterogênea (os modos de existência singulares e heterogêneos).

Dessa forma, parece-me que perspectivas que tentem escapar das insuficiências do modelo biomedicalizador precisam ter como diferencial o compromisso em assumir a relevância das ressingularizações permanentes, historicamente suprimidas pela visão hegemônica de homogeneização permanente. A associação entre o corpo-sujeito (personalidade) e o corpo-objeto (manifestação) é inseparável devido à tenuidade dos limites, impedindo-nos de definir o que é, afinal, um corpo – indo além da representação explicativa da realidade. A abordagem que exploro prefere a pergunta formulada por Spinoza: *o que pode um corpo?* Nessa abordagem

desponta o corpo-afecção, nem sujeito (defesa da identidade contra as diferenciações), nem objeto (modelo representacional), mas abertura, Corpo sem Órgãos, corpo dos encontros, corpo das intensidades, *multiplicação ao infinito das mestiçagens que se operam na subjetividade* (Rolnik, 2000, p. 454).

Utilizando-me das problematizações que essa questão dispara ao corpo e suas relações, não mais consigo dirigir-me a *um* conceito ou noção, falamos de um corpo-representação, corpo educado como organismo, arrancado de sua imanência, ou de corpo-invenção, corpo educado por suas afecções, livre da transcendência extrínseca de seus movimentos. O corpo é uma prática, de si e de mundo. Todas as pessoas têm, potencialmente, todos os tipos de relações que podem resultar de encontros. As pessoas interagirão umas com as outras para formar uma individualidade de maior ou menor grau, onde aspectos “exclusivos” de minha personalidade são derivações de “bons” ou “maus” encontros (relações de maior ou menor potência). Não podemos conhecer a nós mesmos e aos corpos exteriores aos nossos senão pelas interações que mutuamente produzimos (Rizk, 2006).

A obra de Baruch Spinoza, refinadamente analisada por Deleuze (2002), utiliza-se do termo *afecção* para descrever mais precisamente esse encontro, essa interação, onde ocorre a mistura e modificação de dois corpos. Retomando a questão da potência corporal (*o que pode um corpo?*), encontrei uma possibilidade de resposta nos *afectos* – não trago a idéia de afeto, de sentimento, mas sim de afecto, como em afecção, de contágio, de contaminação de duas pessoas que compartilham subjetividades e transformam-se no processo. Assim, percebemos os efeitos despertados pelas relações que esse (nosso) corpo tem, definindo-nos a partir das possibilidades dos afectos de que somos capazes: o corpo não mais “é” (o que corresponderia a ser definido ou delimitado, precisamente), mas “pode” (o que corresponde à reconfiguração constante, de acordo com as necessidades de nossa produção subjetiva), sendo resultado de co-engendramentos, de acoplamentos não só humanos, pessoais e impessoais. Essa rede que constitui nessas relações – e nossas realidades – foi explorada por Guattari (1990) em *As três ecologias*, peça de pensamento no qual ele expõe uma articulação ético-política entre três dimensões,

três “registros ecológicos”: o do ambiente, o do *socius* e o das subjetivações. Essa teia de processos interligados desenvolve práticas específicas que tendem a induzir modificações e reinvenções nas maneiras de ser em todos os envolvidos. Somos uma prática ou um conjunto de práticas permanentemente em ressingularização, pois nunca chegamos a “ser”, como uma totalidade, a cada etapa/sedimento/configuração, nos defasamos e reengendramos, finitas todas as figuras, ilimitadas as configurações.

Então, gradualmente fui relembrando minhas vivências – e de muitos colegas e conhecidos – em um processo interessante de analisar o quanto os momentos mais significativos na atuação profissional foram marcados pelas afecções mais diversas e inesperadas, mesmo quando sob situações exemplarmente técnicas e objetivas.

Assim, ao procurar alternativas de formulações que devolvessem ao corpo sua condição como território privilegiado dos afectos, deparei-me com a proposta de

Deleuze e Guattari (1996), a perspectiva de considerarmos a existência de um *Corpo sem Órgãos*. Nessa visão, os encontros, as afecções, são considerados não somente como integrantes, mas como determinantes das condições para a produção de vida e de saúde. A proposição dos autores é de que a produção de subjetividades únicas – não modeladas – poderia “escapar” ao controle do modo hegemônico de produzirem-se corpos (e, implicitamente, de produzir-se saúde, trabalho, relações...), podendo inclusive trazer a contraparte “dos órgãos” nessa “fuga”, tendo em vista sua indissociabilidade. Assim, essa não é uma noção, um conceito, mas antes uma prática, um conjunto de práticas. Ao corpo sem órgãos não se chega, não se pode chegar: é um limite, um horizonte, mas é o nosso plano intensivo, corpo vibrátil.

Penso que cabe um esclarecimento nesse ponto: não estou afirmando minha contrariedade aos órgãos ou a supressão do organismo – nem tampouco os autores. O *Corpo sem Órgãos* não é considerado o contrário dos órgãos, mas sua dimensão sem forma, sem representação, sem imagens *a priori*, sem constrangimento de inscrição ou segregação. Este sim, o *Corpo sem Órgãos*, descartado do projeto da modernidade, da ciência positiva, da biomedicalização. É como a parcela imaterial

do organismo material, com um interferindo no outro e ambos interagindo e relacionando-se com os demais, em um processo de construção de realidades. A oposição ao Corpo sem Órgãos é a determinação do modelo de organismo, um sistema de organização e de representação plasmada – coagulada – do “orgânico”, a imagem material dos órgãos biológicos – sendo essa a acepção utilizada por Antonin Artaud, citado pelos mesmos autores: “o corpo nunca é um organismo. O organismo é o inimigo do corpo” (Deleuze e Guattari, 1996, p. 15). O organismo seria o molde externo ao qual o sujeito conformaria a vivência de seu corpo próprio, o que Artaud rejeita para que o corpo seja gerador de realidades, experimentação de possíveis, vivência das potências de si: rejeição a todas as transcendências organizadas. O Corpo sem Órgãos é o corpo que antecede aos órgãos e se mantém em germe de invenção de figuras ao corpo. Não um organismo, configurações de corpo. Esse germe, esse Corpo sem Órgãos é como o ovo com sua carga de germinação, antes da formatação em figuras finitas. Todo organismo é portador de ovos de intensidade, afecções o fazem produtor de linhas de fuga das formas dadas: bloco de infância, devir.

Se considero que meu imaginário de corpo não é sinônimo de organismo, posso perceber melhor que usualmente a área da saúde lida com um conjunto de acumulações impositivas de formas, de funções, de ligações dominantes e hierarquizadas. Essa organização, de acordo com uma perspectiva contemporânea, visaria assegurar condições para a produção de individualidades consideradas “úteis”, “produtivas”. No entanto, a compreensão do Corpo sem Órgãos – ou mesmo a simples consideração de sua possibilidade – como constante produção, ligada, mas não exclusivamente dependente dos órgãos, não permite afirmar limites tão claros de que esse corpo é o seu ou o meu: é *um* corpo. Isso não é equivalente a perda de um ordenamento fundamental e a busca de uma indiferenciação, criando corpos na ausência dos órgãos ou órgãos sem corpo – mas, sim, a possibilidade de agenciamentos e conexões para potencializar um campo de produção nos encontros, nas relações acolhedoras da imanência do corpo, das subjetivações que assegurem território de existência em composição de vida.

Inicialmente essa forma de constituir meu corpo (e, por conseqüência, minhas relações e minhas realidades) pareceu tão inovadora quanto fácil de incorporar em mim: um equívoco que só percebi depois de alguma insistência. Além de a subjetividade e a objetividade (os aspectos sem e com órgãos) serem dimensões inerentes à produção de vida, não uma criação contemporânea a mais, os engendramentos que promovem e sustentam esse modelo hegemônico são bastante eficientes na captura – disputando espaço e elaborando novas estratégias continuamente. Assim, a tentativa de “escapar”, afirmando singularidades que substituam esse pensamento, pode levar a produzirmos *particularidades* dessa racionalidade. O particular, de acordo com Ceccim e Merhy (2009), é uma dimensão exclusiva e relacionada a uma circunstância, mas não necessariamente a produção em ato de encontros criadores, imanentes. Isso equivale a dizer que cada encontro particular é um momento específico de uma estratégia geral que já está dada *a priori* para ser realizada no momento em que o encontro acontece, como uma miniaturização do modelo de subjetivação hegemônico, o da homogeneização.

A ilusão que experienciei foi a de não perceber o quanto o sistema de representações da realidade contemporânea foi sendo atualizado. Dessa forma, as identidades são cada vez mais diversificadas e descartáveis, – mas não menos definidoras – o que dá a falsa impressão de que estamos nos reconfigurando constantemente (Rolnik, 1997). Essa resistência à transformação promovida pela conformação social não aprisionou ou ignorou o Corpo sem Órgãos, como se tentou em outros períodos históricos, mas ofereceu limitações às possibilidades do mesmo. Assim, assume-se uma *política de subjetivação* cada vez mais refinada e sutil, que não mais nega a existência da diferença (diferente-similar), mas suprime as possibilidades de exercício da diferença, do singular. Esse contexto tem a capacidade de imobilizar a vibração vital do corpo, colocar em coma o Corpo sem Órgãos – ou vibrátil, segundo formulação de Suely Rolnik:

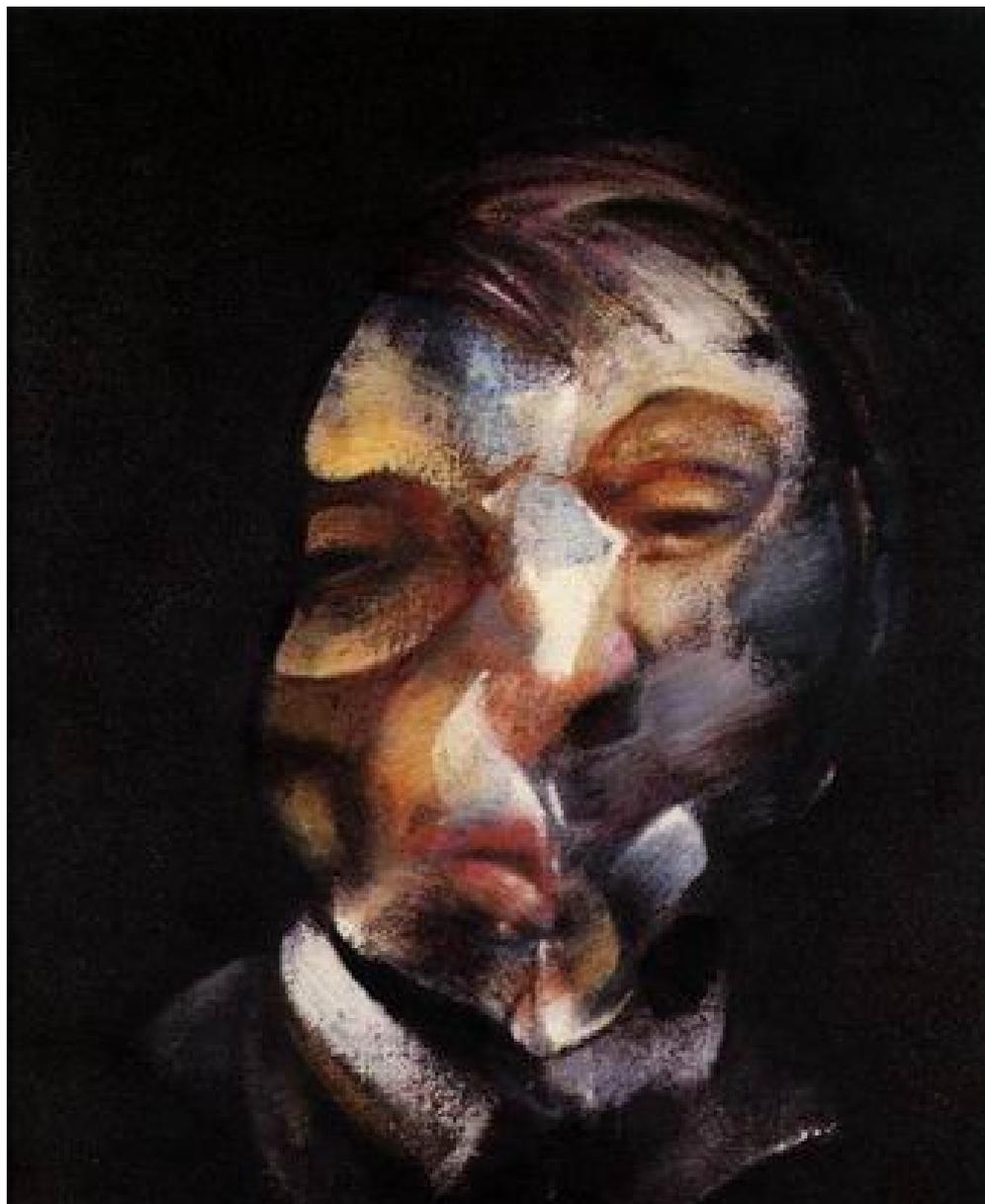
o “corpo vibrátil” é a potência que tem nosso corpo de vibrar a música do mundo, composição de afetos que toca em nós ao vivo. Nossa consistência subjetiva é feita desta composição sensível, criando-se e recriando-se, impulsionada pelos pedaços de mundo que nos afetam. O corpo vibrátil, portanto, é aquilo que em nós é o

dentro e o fora ao mesmo tempo: o dentro nada mais é do que uma combinação fugaz do fora (Rolnik, 1999-2).

Por que, mesmo após leituras e experimentações diversas, ainda pareceu-me difícil realizar uma transição em direção à singularização? A dificuldade que vivenciei está, segundo Rolnik (1999-1), no fato de que esses encontros singulares produzem diversos graus de intensidade das sensações – criando diferentes forças que nos levam a uma tensão inquieta, desestabilizadora. Vivenciar essa desestabilização impele *tornar-se outro*, em um diferente modo de produzir-se e em uma nova realidade. Ao mesmo tempo, não reconfigurar-se em algo novo – ou antes a impressão de que me reconfigurava sem transformações – traz a sensação de esvaziamento da própria subjetividade, o que não é possível: apenas uma possibilidade de subjetividade se esgota – aquela relativa à imagem de uma identidade, que não oferece reconfiguração de forças para dar passagem à vida.

Como, então, perceber-me em movimento produtor de singularidades? A singularidade se anuncia pelos momentos de co-agenciamento, nos quais é produzida outra dimensão no e pelo corpo – a das *corporeidades*. Assim, esse processo é dependente de um encontro único, ímpar, diferente dos corpos que se encontram e diferindo-os, coloca-os em *defasagem* de si mesmos. A resingularização requer corporeidades *vivas*. Essas corporeidades não devem ser compreendidas como simples manifestação do corpo (instrumento treinado por uma razão forte), mas a manifestação, pelos corpos e para os corpos, das experimentações e resingularizações. Para o terapeuta, implicará desenvolver mãos que ouçam, ouvidos que sentem, olhos que tocam, peles que vêem ou, simplesmente, a atenção à emergência de formas de expressão. Atenção, então, não resumida (constrangida) aos órgãos-organismo/fisiopatologia a reabilitar, habilitar, prevenir, tratar, mas atenção terapêutica: agenciamento de múltiplas figuras da realidade (não só da realidade subjetiva) para ativar – em germinação – corpos-ovos de um devir si mesmo.

## Pedagogias pelo corpo



*Sickly serene – Francis Bacon (1971)*

“Eu percebo que quero produzir objetos muito, muito específicos, apesar de serem feitos de algo que é completamente irracional do ponto de vista de ser uma ilustração. Eu quero fazer coisas específicas, como retratos, e que eles sejam retratos de pessoas, mas quando analiso eles, você simplesmente não sabe...”

Que corpos podem emergir do encontro com profissionais e serviços de saúde? Até o momento, no que se refere aos conhecimentos e práticas profissionais, constatei uma *pedagogia do organismo*, arrisco dizer, tanto mais influente quanto mais freqüente o contato com as profissões de saúde. O que dizer sobre essa pedagogia quando lhe toca a oportunidade do contato prolongado com doentes como o contato que acontece em patologias crônicas sob acompanhamento?

É o caso do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial, por exemplo, ambas as patologias constituindo-se como os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório – um importante problema de saúde pública, sendo a primeira causa de morte no Brasil (27% do total de óbitos), segundo registros oficiais (Brasil, 2008). Devido a esse contexto, tais problemas requerem, conforme as diretrizes assistenciais formuladas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007), amplos programas de educação em saúde, seja pela necessidade do auto-cuidado, pelo controle alimentar, pela verificação rotineira de tensão arterial, pela auto-aplicação de insulina e pelo uso de medicamentos por toda uma vida. Esses programas de educação se amparam em uma pedagogia com viés natural (biológico) e/ou um viés sócio-histórico (antropológico), assentando-se, ainda, em uma pedagogia da estética corporal *prêt-à-porter*, veiculada pelos *mass media*. Vemos uma pedagogia para um corpo em história natural (organismo) e/ou em história cultural (simbolismo) e mais as tecnologias da imagem e da comunicação (imaginários) ensinando qual o corpo a ter/obter/ser.

De outra parte, por força dos incômodos já citados, insatisfação referida e estudo encetado, visualizo uma pedagogia das sensações, de um corpo sensível e exposto, aliada a uma pedagogia da ressingularização permanente do corpo. Interferir na incidência dessas pedagogias e participar de uma pedagogia que promova intensidades vibráteis (não regimes identitários) com aqueles que requerem atenção de saúde pode representar o diferencial em uma relação dita terapêutica. Há figuras vigentes sobre o ser saudável e o ser doente, há figuras vigentes às várias patologias e há pedagogias do organismo para todas elas. No movimento de tentar transitar entre as possibilidades, deparei-me com duas novas perguntas: (1) como assimilei

como minha (e em mim) a pedagogia biomedicalizadora e (2) como poderia ser mais disparador de singularizações em mim e minhas relações terapêuticas? Uma resposta que me pareceu satisfatória foi perceber que as diferentes racionalidades não só produzem significados, mas também práticas pedagógicas para modelar/desenhar os modos de produção de subjetividades. Assim, utilizo aqui da idéia de pedagogias pelo corpo, referindo-me aos diversos processos que produzem efeitos de aprendizagem do corpo e pelo corpo – em direção a diferentes corporeidades, o corpo como território de agenciamento de múltiplas figuras de si, o corpo como território de encontros, o corpo como elemento de acoplamento com outros corpos, humanos ou não, produtores de modos de pensar-sentir-querer, modos de saúde/modos de existência.

De acordo com a racionalidade científica moderna (ou razão médica), pode-se pensar em uma pedagogia relacionada aos órgãos – remetendo à ênfase dada ao âmbito fisiológico e anatômico, reduzindo a prática clínica à cura/reabilitação segundo uma diagnose. Para essa concepção assegurar-se como hegemônica, um aparato formativo de profissionais em saúde embasado nessa pedagogia deve estar estruturado, reiterando e reificando modos de atenção à saúde. Aliás, a estrutura hierárquica e explicativa é algo bastante presente nessa perspectiva, enfatizando muitas vezes mais a organização do conjunto orgânico que os próprios órgãos. Assim, quando defende-se a necessidade de manutenção ordenada (normalizada) da vida, patologizando todo sofrimento e assumindo-se a saúde como valor negativo (ausência de doenças nos órgãos), podemos estar falando de uma *pedagogia do organismo* – não qualquer organismo, mas a parcela material, biológica e despersonalizada (sem singularidades) de um conjunto organizado de órgãos.

Uma *outra* proposição traz a necessidade de assumirmos uma produção de conhecimentos não prescritos por antecedência, não antecipados pela clínica das terapêuticas protocolares, embora delas faça uso e delas extraia saberes científicos, onde os saberes trocados, ressingularizados pelo encontro profissional-usuário não tenha como fim do ordenamento das práticas de tratamento a prestação

continuada de procedimentos e a convocação ao comportamento disciplinar do paciente educado para a patologia que tem. Essa *outra* proposição, então, poderia ser a constituição de territórios da terapêutica com as várias categorias profissionais do trabalho em saúde em que se constitua territórios de passagem aos corpos que pedem experimentação (corporeidades). A vida extravasa pelos órgãos (aqueles existentes e conhecidos), rebelando-se ao controle orgânico, e extravasa pelos equipamentos e acessórios criados para assegurar as possibilidades de viver, algo bastante evidenciado quando nem mesmo os órgãos fazem sentido ou tem espaço central na resolução dos problemas de saúde. Não refém dos órgãos, o corpo está ali, mexendo-se e remexendo-se em um movimento (re)criador de subjetividades – *Corpos sem Órgãos* – somente autorizado socialmente por uma pedagogia experimental, uma *pedagogia das corporeidades*.

Ao adotar essa perspectiva produtora de aprendizagens como abordagem terapêutica ou educativa em saúde, preciso reconhecer que os encontros que tenho ou que promovo devem ser disparadores de possibilidades do viver a vida em uma potência afirmadora de singularidades, produzindo a própria vida. Ao sentido de dar *um* corpo ao humano, onde cada um está separado do outro e encerrado em si mesmo como individualidade, contrapõe-se a intenção de dar *carne* às corporeidades, deixar que corporeidades *encarnem* corpos, impossibilitando a distinção entre o corpo e a produção de subjetividades, com vinculação e ressonância destes com as relações que os cercam. Dessa forma, quando mostro o que faz a carne, seus limites, suas possibilidades, suas relações com o mundo e com os outros, revelamos o que faz o corpo. Assim, as corporeidades são figuras. O corpo não é a unidade “orgânica” (estrutura de aparelhos e sistemas) ou a unidade “sede material da razão e das emoções”, mas as conexões, as *encarnações*. Se na pedagogia do organismo a dúvida central pode ser “o que é um corpo”, outros questionamentos fazem mais sentido por esse ponto de vista: o que *pode* o corpo? O que *pede* o corpo? Que *corporeidades* pedem o corpo?

Como ultrapassar a representação na construção das realidades (não só as subjetivas), como não incorrer na armadilha – que já anunciei – de utilizar-mo-nos

da primeira pedagogia com a intencionalidade da segunda? Deleuze (2007)

auxiliou-me nesse processo, lembrando as sensações:

A sensação tem um lado voltado para o sujeito (o sistema nervoso, o movimento vital, o “instinto”, o “temperamento”, todo um vocabulário comum ao Naturalismo e a Cézanne) e um lado voltado para o objeto (“o fato”, o lugar, o acontecimento). Ou melhor, ela não possui lados; ela é as duas coisas indissolúvelmente, é ser-no-mundo, como dizem os fenomenólogos: ao mesmo tempo eu *me torno* na sensação e alguma coisa *acontece* pela sensação, um pelo outro, um no outro. Em última análise, é o mesmo corpo que dá e recebe sensação, que é tanto objeto quanto sujeito. Eu, como espectador, só experimento a sensação entrando no quadro, tendo acesso à unidade daquele que sente e do que é sentido.

Esse ponto de vista não reduz os níveis de sensação somente às impressões dos diferentes órgãos dos sentidos, ao corpo materialmente vivido – entendimento fenomenológico dos domínios sensíveis. O observador entra em alteridade ou experimenta um “estado de arte”. Cabe, aqui, fazer ver algo multissensível, com a sensação atravessada por uma potência vital que transborda os limites. A potência é mais profunda que os sentidos, apropriando-se do mesmo e conferindo-lhe ritmo. Uma *lógica dos sentidos* (segundo formulação de Cézanne, citado por Deleuze, 2007), não racional. O encontro com essa ritmicidade dos sentidos, essa vibratibilidade do corpo, só pode ser possível ultrapassando-se o organismo. Alcançar um além do organismo. No limite do corpo vivido, está o Corpo sem Órgãos, que não é organismo ou não tem somente órgãos, mas limiares de intensidade ou níveis, um corpo intenso, intensivo. A sensação, portanto, não é quantitativa ou qualitativa: é apenas uma realidade que não determina mais representações, mas variações. A sensação é vibração. O corpo é vivo e, entretanto, não orgânico, reconfigurando-se constantemente, conforme convoca ou é convocado pela vida – questionando mesmo a fisiologia de alguns órgãos – não mais componentes biológicos, mas necessidades de manifestação da corporeidade e, por isso mesmo, órgãos indeterminados, polivalentes, temporários e transitórios. Uma corporeidade assim, tão improvável quanto real, torna inadequada a ação profissional da saúde de praticar o estabelecimento de uma representação, quando o corpo pede invenção.

Acredito que a abordagem feita pela artista Lygia Clark – e que conheci por meio das análises e divulgações de Suely Rolnik (2005) – é bastante exemplar dessa produção intensa de subjetividades a que me refiro. As suas práticas experimentais, especialmente as mais contemporâneas, são multisensoriais – não somente para explorar o conjunto dos órgãos dos sentidos, mas para mobilizar o que Rolnik (2007) chamou de “capacidades de cada um dos sentidos”: a percepção e a sensação. Na percepção é possível se identificar as posições de sujeito e de objeto – relação de certa exterioridade – enquanto no exercício das sensações “o outro é uma multiplicidade de forças que pulsam em nossa textura”, tornando-se assim *parte de nós mesmos* – uma quase fusão. Ao utilizarmos dessas duas dimensões – objetividade e subjetividade – promovemos nossos encontros com o outro, com a “alteridade do mundo”, em um jogo de forças que afetam a todos (e todos os sentidos) que compartilham nossas realidades. Assim, não é negada a apreensão de realidades pelas percepções, traduzindo o encontro com o outro por *representações sensoriais* (visuais, auditivas, táteis), tomamos o mundo como *forma*. No entanto, também interagimos em um mundo que é composto de *forças*, em um campo de co-engendramentos, cuja presença do outro é trazida para a subjetividade, de *forma viva* – um âmbito complementar que possibilita a expressão, mas não a representação. Ao associar essas duas potências, promove-se a contínua expansão da vida, em múltiplas transformações cumulativas que resultam em novas possibilidades de engendramentos sociais – uma “obra aberta e em processo, cuja autoria é, portanto, necessariamente coletiva”, segundo Rolnik (2003, p. 2). A ação profissional do artista é a de praticar experimentações, corporeidades. No caso de Lygia Clark, a radicalidade dessa posição aproximou-a de um híbrido arte-clínica, pois dispensou o papel de observador das obras de arte para constituir estados de arte em experimentadores de sensações, o artista como um propositor.

Essa complexidade parece oferecer uma pista, um possível caminho: o encontro entre as áreas da Educação e da Saúde, associando as capacidades pedagógicas e terapêuticas para o desenvolvimento de corporeidades, possibilidades às pessoas, corpos como encarnações, corpos como agenciamento, corpos como plano intensivo de experimentações, *corpos-corporeidades*. Ao levar em consideração a

potência transformadora que o desenvolvimento de encontros (afectos) pode exercer e, como explicitarei ao início, quanto às minhas impressões sobre as insuficiências dos modos de produzir saúde, faço a proposição nesse trabalho por dispositivos afectivos (Educação) para ressignificar o cuidado (Saúde) em práticas de corpo, não ajustamentos do corpo. Dessa forma, considero necessário praticar um corpo na oferta de cuidados, também eles pedagógicos, que possam proporcionar interações e relações afectivas para alcançar uma terapêutica além do organismo, engendramento de corporeidades, resolução de problemas de saúde em produção de sentidos, não reabilitação, compensação ou organismos educados.

## Corporeidades pedagógico-terapêuticas



*Corpo-roupa-corpo – Lygia Clark (1967)*

“Outro dia no banho, vendo minha “cesariana” tomei consciência de que foi preciso fazer a Roupas-Corpo Cesariana para fazer em seguida a minha... Acho que sou a mulher mais maluca do universo, amém”

No contexto que até aqui explorei, começo a abandonar parcialmente minha visão profissional do corpo (minha visão *de* profissional do corpo – fisioterapeuta e educador físico em formação) e minha percepção (sensação impregnada de memórias técnico-científicas) do corpo. Ainda fico com a dúvida de como transpor a compreensão de corporeidades imanentes para a proposição de realidades oficiais em saúde. Além da dificuldade de transposição epistemológica, há o bloqueio da sociedade disciplinar do direito – a sociedade de controle que anuncia, prospectivamente, Deleuze – (Deleuze, 1992, p. 220), pois hoje tudo, em saúde, que não seja feito segundo padrões biomedicalizadores ou que seja feito segundo padrões do encontro singular pedagogo/terapeuta-paciente/corporeidade pode ser acusado de “erro médico”, imperícia, negligência, falta ética etc., mesmo que contrariamente a estes riscos. Os corpos-organismo não podem morrer, as corporeidades sim. Desde que sobreviva o corpo-organismo, não há necessidade de escuta aos *Corpos sem Órgãos*, às corporeidades em pedido de passagem. Todas as mortes ao corpo são proibidas (eutanásia, suicídio, aborto, morte assistida...), em decorrência – e como ameaça – todas as corporeidades são proibidas (há sempre uma representação para conferir legitimidade, segregação ou descarte). Permitidos, entretanto, os corpos profusamente produzidos pelo mercado da moda, pelas telenovelas, pelas celebridades e constatadas mortes em massa pela defesa de identidades contra a contaminação ou miscigenação de corpos de sentido, como na queda das torres gêmeas, nos conflitos árabe-judeus, nos ativismos sectários (religiosos, étnicos, homofóbicos etc.).

Como ativar a escuta de corporeidades e ofertar os recursos tecnológicos de assistência e sobrevida ou de melhoria da qualidade biológica de vida, tornando os componentes imateriais do encontro (os afectos, a cognição e a comunicação) presença viva em nossas práticas de saúde – a imagem, os parâmetros, as evidências como ovos, não como representações. Não mais a idealização a que fomos condenados, mas a produção em ato, por encontros, por afectos, por alteridade.

Poderia tentar produzir outro corpo em mim mesmo, a partir das possibilidades de meu *Corpo sem Órgãos*, no entanto, essa alternativa parece incompleta, se assumo

que estou inserido em um sistema profissional que incentiva relações terapêuticas para a resolução (“dar a alta”) de problemas em saúde. Produzir, então, o meu Corpo sem Órgãos? Reconfigurar minhas corporeidades pode ser o suficiente para potencializar minha vida, mas é necessário que os encontros de saúde também estejam abertos para essas possibilidades.

Esses questionamentos tenho feito aliados com as transformações sociais e políticas transcorridas no Brasil, onde estou inserido e onde aprendi meu corpo, especialmente no final do século XX. As transformações sociais e políticas culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua diretriz fundamental no plano da terapêutica: *integralidade* da atenção. A confrontação dessa diretriz disparadora diz de dois vetores em dilema: o da sobrevivência com a garantia de todos os recursos de diagnóstico e terapêutica que cada cidadão requeira e o do viver intenso com a garantia de contatos produtores de vida na terapêutica assistencial e na educação da saúde.

O modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e embasado na demanda espontânea, tem estimulado muitos a repensarem a organização do sistema de saúde com vistas a contribuir para mudanças. A alternativa proposta é direcionada para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Essa intenção disputa por um corpo da ausência dos órgãos (via fármaco-prevenção, alimentos-remédio, atividade-física-saúde) e uma chance à invenção de si, dos entornos e do mundo (Merhy e Ceccim, 2009). Essa última condição aproxima-se do desejo que expus por um território de encontros terapêuticos e pedagógicos afirmadores de singularidades (a alegria da atividade do corpo vibrátil, nada a ver com prazer/desprazer, conforto/desconforto, emoção/falta de emoção).

A intencionalidade precisa materializar-se, operar realidades. No caso do sistema de saúde, isso foi feito em parte pela proposta de possibilidades conceituais para a própria conceituação de saúde, entendida de forma mais ampla do que a “razão médica”. Por exemplo, do “conceito biocientífico” ou da “história natural” para o “conceito ampliado de saúde” ou da “atenção integral”. Além disso, estão sendo

revisitos e reorientados os *modelos assistenciais* utilizados, os quais consistem na organização de ações para intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção. Há, ainda, modelos em que os serviços simplesmente atendem às demandas, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

Atualmente, a partir das realidades conhecidas, pode-se perceber que o modelo de atenção predominante caracteriza-se pelo enfoque biologicista e pela dicotomia saúde-doença, desconsiderando seus condicionamentos sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias.

Mais uma vez, inquieto-me pela eficiência (ou sua falta) nessa modelagem: existe uma quantidade considerável de indivíduos não incorporados à lógica predominante e, portanto, excluídos de possíveis “cuidados integrais”. As práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos usuários.

A sociedade brasileira, ao propor e legitimar o SUS como uma estratégia de articulação transversal – com objetivo de melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis – exige, indiretamente, a implementação de modelos de atenção embasados na *produção do cuidado*, assim respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde segundo uma ordem de procedimentos dirigidos ao organismo. Compreender a integralidade pelo entendimento do corpo humano como sede de emoções e histórias de vida que traduzem corporeidades, não simples território onde evoluem as doenças (Ceccim, 2007) ainda é uma formulação “teórica”. Nesta direção, a intenção é tornar a área da saúde um território de *produção de vida*,

com os âmbitos da promoção da saúde e prevenção de doenças pertencendo aos encontros profissionais atuantes na área. Essa lógica buscaria escapar ao processo de biomedicalização e da razão médica, compondo uma terapêutica que não despersonaliza o indivíduo ou cuja solução não está na dimensão biológica da vida, mas orientando-se pelas corporeidades possíveis ao processo vivo de atualizar o mundo e atualizar-se ou aos seus entornos. Dentro desta lógica, o cotidiano das práticas de cuidado não pode ser mais centrado quase que exclusivamente em procedimentos de consulta, exames, prescrição e internação.

Parece-me que as práticas – especialmente aquelas ligadas à terapêutica – devem ser estratégias privilegiadas para singularizações e que sejam disparadoras de corporeidades no território da vida. Estou referindo-me as ênfases propriamente da terapêutica, sem desconsideração da diagnose, com as práticas corporais em produção de sentidos (não ajustamento aos sentidos). Essas práticas são entendidas, nesse trabalho, como aquelas em que os componentes do “corpo de órgãos” e do “Corpo sem Órgãos” são necessariamente considerados, visando contemplar as necessidades de saúde (ou de vida) da pessoa para uma atenção integral e invenção de si e do mundo.

Essas práticas podem ser cuidadoras, educadoras, desafiadoras, desacomodadoras, ativadoras. A interação com o corpo definitivamente não tem que ser biomedicalizadora e pode ser *pedagógico-terapêutica*, mas elas necessitam do encontro entre os pares dessa relação, acoplamento das corporeidades, criação e recriação de corpos (e mesmo dos órgãos). Isso não é totalmente dependente de exterioridades manifestas, mas sim de impressões produzidas em todos que se encontram, ou seja: não há o abandono do acúmulo técnico-científico e suas acumulações futuras; porém necessito ressignificar esses saberes para dar espaço às realidades que aprendemos a suprimir. Nem toda prática considerada mais aberta às passagens – como ioga, biodança, psicodrama, bioenergética, entre outras – é implicitamente terapêutica, nem tampouco toda relação em um ambiente hospitalar de alto consumo tecnológico é afirmativamente apenas para tratamento dos órgãos: tudo depende dos encontros. No mínimo de tudo, não fixar/bloquear

a terapêutica no estrato do organismo a que se refere o corpo biomedicalizado, representação de organismo.

Assim, pensei em como retomar a provocação sobre associar Educação e Saúde em um movimento de incentivo a uma terapêutica mais apropriada às necessidades singulares (aliada de uma pedagogia das corporeidades). Inicialmente considerava entrevistar o grupo de pessoas que é objeto e objetivo de produções pedagógicas e terapêuticas na área da saúde: usuários do sistema de saúde. Ao realizar a análise de conteúdo das falas de pacientes, poderia expor as insuficiências do modelo biomedicalizador e tornar explícita a demanda pela oferta de outras práticas em saúde – que se comprometessem prioritariamente com os *Corpos sem Órgãos*. No entanto, senti que precisava de outra metodologia, onde as corporeidades pudessem aparecer. Era necessário um *encontro de corporeidades* – a minha e a de outras pessoas – não para que eu configurasse um esmiuçamento analítico de razões escondidas nas falas (recairia nas representações de corpo e de usuários de saúde), mas para que juntos produzíssemos um encontro terapêutico (para todos) a ser encarnado como escrita.

Escolhi travar *conversações* com singularidades que já passaram reiteradamente – e ainda passam – pelos serviços de saúde, ou seja, uma situação de saúde marcada por uma hipótese diagnóstica e exercitando (ou a procura de) uma terapêutica. Fiz um recorte por pessoas com doenças crônicas, tendo em vista sua maior apropriação – mesmo que forçosamente construída – sobre seu estado de saúde, muitas vezes até competindo com os profissionais no âmbito dos saberes biomedicalizadores por seus saberes informais e populares. Essas pessoas usualmente experimentam uma maior diversidade de alternativas em busca de resolutividade e aumento das possibilidades de vida com a doença.

A delimitação por esse grupo de doenças corresponde à definição de *doenças crônicas não-transmissíveis*, ligadas principalmente às transformações demográficas e epidemiológicas das sociedades urbanas ocidentais. Fiquei interessado por uma das características mais evidentes desse conjunto ser a progressiva debilitação das pessoas – usualmente relacionada à falta de propostas terapêuticas adequadas. Além

disso, o governo brasileiro já considera algumas enfermidades desse tipo como estratégicas e prioritárias nas ações do Sistema Único de Saúde. O Programa Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Brasil, 2007), por exemplo, enfatiza o tabagismo, a obesidade, a hipertensão e o diabetes como agravos cujos efeitos sobre o sistema de saúde já não podem mais ser administrados de forma simplista como o modelo hegemônico faz.

Assim, um dos aspectos para entabular *conversações* foi buscar indicativos de uma corporeidade que quer terapêuticas – em racionalidades complementares ou mesmo na biomedicalizada – principalmente no que se refere ao sentir-se cuidado, protegido e vitalizado. Queria encontrar um dimensionamento do corpo como território de vivências e invenção de relações, não simples território onde evoluem sinais e sintomas da enfermidade – o que, em algumas situações, significa não falar sobre a doença. Uma teoria sobre a abordagem pedagógico-terapêutica no contexto saúde-doença pode ser o resultado desse estudo, cuja intenção ético-política, é evidenciar outros olhares sobre processos de saúde, quer se dêem eles na escola, na educação física, na fisioterapia ou nos serviços de saúde. A produção de vida a ser analisada corresponde à exploração das necessidades de cuidado e aprendizado pelas pessoas, pelos usuários das ações dos profissionais de saúde, além de possibilitar elementos para a educação dos profissionais de saúde e demais educadores que operam o encontro saúde-educação-corporeidades.

## Encontro com corporeidades



*Düsseldorf 1 – Spencer Tunick (2006)*

“Os corpos significam, para mim, liberdade e beleza...”

Um dos grandes desafios colocados à pesquisa sobre corporeidades é a busca por uma informação técnico-científica sustentada em uma análise empírica, não uma informação filosófica ou a apresentação de uma perspectiva abstrata, ambas necessárias, mas não suficientes para o confronto com a ação prática no campo da terapêutica ou da educação em saúde. Uma pesquisa sobre corporeidades que se refira às sensações, ao Corpo sem Órgãos, aos encontros por alteridade, à produção de subjetividades ou às ressingularizações permanentes parece um trabalho para artistas como Lygia Clark ou Hélio Oiticica, que colocaram suas obras pelos corpos de seus apreciadores (Objetos Relacionais; Parangolés) ou seus apreciadores no interior de suas obras (A Casa é o Corpo; Penetráveis). Conforme Araujo Silva (2008, p. 89) "tanto para Lygia quanto para Hélio, a questão da experimentação estava para além da participação pela participação". A pesquisadora relata que "tratava-se, na verdade, de uma total abertura às possibilidades (...), oferecendo um exercício para novos comportamentos". Esse exercício de comportamentos efetuando um desdobramento das formas e ensejando temporalidades indeterminadas.

Minha busca no âmbito da pesquisa foi a de realizar o encontro com usuários dos serviços de saúde que contivessem as marcas sensoriais do contato prolongado com profissionais de saúde, tivessem por diagnóstico as patologias mais prevalentes entre aquelas constantes do Programa Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Brasil, 2007), isto é a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM), e pudessem ser encontradas entre os usuários de longa familiaridade com uma mesma instituição/rede de atenção à saúde (serviço hospitalar, ambulatorial e/ou domiciliar), de modo que tivessem experimentado, primeiro, inequivocamente uma educação da saúde e, segundo, uma não muito grande variedade de possibilidades dessa educação da saúde.

Selecionei, então, como critérios de busca para uma conversação, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes que estivessem sob acompanhamento de um serviço do Sistema Único de Saúde, preferencialmente com diagnóstico profissional de sua patologia há mais de cinco anos, e dispostos a falar sobre suas relações com

o sistema de saúde. Queria desses momentos não as representações de corpo ou saúde, mas o movimento de passagem das corporeidades entre os contatos mantidos pelos “doentes crônicos” com os profissionais de saúde.

Desse modo, não seria uma análise de julgamento do sistema de saúde, tampouco a detecção de suficiências ou insuficiências do modelo assistencial a que estiveram/estivessem expostos, mas detectar que corpos buscam (buscavam/buscaram) os serviços de saúde (o quê, para quê, por quê), que corpos são tratados por esses serviços, que educação do corpo experimentam esses corpos ao manterem-se em contato com esses serviços. Detectar, também, que corpos vazam (vazavam) desse contato, que corpos “erram” entre os serviços e os cenários da vida em busca da invenção de corporeidades, que corporeidades conflitam na organização de vida que está em vigência. Ao fim, que corpos “atualizam” a sua saúde, de que forma e onde.

Ao procurar o singular, a diversidade e a vida em ato, pensei de que forma convidar pessoas a participarem do trabalho, a encontrarem-se comigo. A escolha dos participantes foi por meio da indicação de usuários próximos a mim, perguntando: conhece alguém que utilize serviços de saúde há algum tempo para tratamento de hipertensão ou diabetes e que conversaria comigo sobre sua relação com o serviço? Dessa forma, cheguei a um morador da região de abrangência do serviço de saúde onde atuo, serviço que se enquadra nos critérios de seleção que formulei, diagnosticado como hipertenso há 8 anos. Esse homem, cujo encontro está registrado logo a seguir, indicou-me a segunda entrevistada, alguém que, como ele, vivia prolongada relação com o mesmo serviço de saúde, portadora de hipertensão arterial há 5 anos: sua esposa. Esta, por sua vez, após nossa conversa, levou-me a sua vizinha, uma mulher cuja diabetes foi confirmada há cerca de 7 anos e com quem estabelece, além de relações de vizinhança, relações de cuidado, inclusive as de “auto-cuidado”<sup>1</sup>. Tive a oportunidade de travar outras conversações

---

<sup>1</sup> A diabetes insulino-dependente envolve a educação para o auto-cuidado, neste auto-cuidado está a auto-aplicação de insulina. Todo portador de diabetes é necessariamente incluído nesse protocolo assistencial. No caso da mulher entrevistada, esse auto-cuidado sempre foi exercido pela vizinha.

para a realização desse trabalho, mas considerei relevante manter-me nesse grupo de pessoas, que compartilham não somente da proximidade geográfica ou dos critérios de inclusão, mas de uma vinculação entre si – as duas casas são vizinhas, o casal e a mulher com quem encontrei intensamente moram lado a lado há mais de uma década e todos utilizam o mesmo serviço local de saúde (o “postinho” do bairro).

Antes de apresentar essas pessoas, quero ressaltar alguns cuidados que tomei para assegurar a qualidade ética e construcionista desse encontro como produtor de conhecimentos sobre as corporeidades. Primeiramente, expliquei minha proposta: tentar entender o que uma pessoa espera/deseja do serviço/sistema de saúde quando requer utilizá-lo de forma freqüente ou regular por longo tempo. Ofereci a cada pessoa a oportunidade de manifestar-se sobre o interesse ou não na participação, conforme estivesse mais ou menos confortável com essa situação de falar sobre sua vida. Comuniquei a expectativa de que nosso encontro não seria de uma entrevista, mas de duas, três ou mais conversas sobre a mesma coisa. As duas, três ou mais conversas serviriam para que eu devolvesse meus entendimentos, ouvisse as suas opiniões sobre o mesmo, recolocassem situações e exemplos, dissessem de sua sensação de conforto ou não com minhas interpretações. Preparei um pequeno conjunto de questões que direcionariam a conversa inicial: (1) Como descobriu a doença? (2) Que recomendações teve? (3) Que serviços procurou? (4) Que sensações experimentou? (5) Sentiu falta de algo? (6) Sente-se doente, com a hipertensão/diabetes? (7) Como vai a vida hoje? (8) Com que idade você se sente atualmente? (9) Você se sente feliz? Essas questões visavam contemplar algumas dimensões de aproximação às corporeidades, não restringindo a conversa, caso o interesse das falas no nosso encontro seguisse rumo diferente. Registrei, com o consentimento individual de cada pessoa, a conversa que tivemos, usando um gravador de voz. Ao final, foram aproximadamente 3 horas e meia de gravação e cerca de 60 páginas de transcrição no total, para registrar dois encontros com cada pessoa. Um terceiro momento ocorreu de maneira coletiva e menos direcionado às conversas individuais, como parte das interações estabelecidas pelos momentos prévios. Diversos rumos foram sendo tecidos e destecidos pelos nossos

encontros/conversas, emergindo exemplificações únicas de pessoas lidando com suas necessidades de saúde.

Ao longo das conversas, um determinado perfil de participantes foi sendo delineado, com todos em idades acima de 60 anos, morando conjuntamente no mesmo território há, pelo menos, 12 anos. Isso fez com que eu tivesse contato com os demais conversantes mesmo quando a intenção era falar com somente um deles – em alguns trechos iniciais eles inclusive transitavam pela casa e pela conversa, fazendo eventuais contribuições, dando “palpites”. Isso só era possível porque todos os encontros aconteceram na casa do casal, mais especificamente na sua sala de estar/jantar (a vizinha sentia-se mais à vontade lá do que em sua própria casa para conversar), com um intervalo de cerca de 10 dias entre as conversas com cada um.

Esse entrecruzamento de pessoas tornou minhas visitas únicas, a começar pela primeira: por não saber exatamente onde eles moravam, desci do ônibus em que estava e caminhei por uma parte do bairro deles até a casa. É um local muito agradável, arborizado, repleto de casas e sobrados – muito diferente das realidades que vejo nas partes da cidade que frequento. Cheguei na residência do casal como um viajante, o mesmo que anunciei no início, a percorrer o caminho em direção às corporeidades possíveis. E fui acolhido não como quem chega, mas como quem volta: uma recepção calorosa, sendo convidado a adentrar e sentar para conversarmos. No mesmo dia em que falei com o meu indicado, conheci sua esposa e sua vizinha, ambas curiosas e interessadas em participar.

Tamanha familiaridade e receptividade deu-me uma sensação tão grande de acolhimento que desejava revê-los para estender nossos momentos de encontro e recuperar as lacunas, as linhas de tempo que tornavam-se cada vez mais evidentes e surpreendentes nas conversas – e não somente pelo delicioso café que me era oferecido a cada visita. Assim, no momento em que relato nossos encontros, não poderia chamá-los por códigos ou pela sua patologia (reduziria muito essas pessoas e as rotularia, novamente, em uma representação). Da mesma forma, não uso seus nomes completos ou reais, ou mesmo o nome que me pediram para chamá-los

mais informalmente: sei que falaram comigo sobre aspectos não transparentes ao seu serviço de saúde ou companheiros mais próximos. Logo, escolhi homenageá-los com o nome de amigos meus, pessoas muito queridas em minha vida e que, agora reconheço, ajudaram-me a produzir corporeidades singulares: Ricardo, Larissa e Izolete.

Das conversas com Seu Ricardo, Dona Larissa e Dona Izolete destacaram-se três corpos distintos à enunciação do encontro entre educação e saúde em uma terapêutica e pedagogia das corporeidades: o **acoplamento** do corpo de sensações com o corpo dos serviços/política de saúde, de modo que a educação do organismo serve de passagem ao Corpo sem Órgãos que dela se utiliza para a sua recriação; a **dissonância** entre o corpo de sensações e o organismo “ouvido” pelos serviços/ações de saúde, um exercício de educação do organismo e a continuidade de pedidos de escuta de um Corpo sem Órgãos que não consegue voz de alto e bom som; e o **amortecimento** do corpo de sensações que rejeita a educação da saúde proposta pelos serviços/ações de saúde com justificativa no organismo, onde um Corpo sem Órgãos “pesca” fagulhas/centelhas para acontecer e fazer viver. São as três pistas que me foram mostradas e tento transferir à área da saúde com a ajuda da educação.

Para cada pessoa, a conversa inicial buscava demarcar o primeiro momento associado ao processo de adoecimento relativo à hipertensão ou ao diabetes, essa narrativa aparecerá em cada conversa como *evento inicial*.

## **Acoplamento**

Seu Ricardo: um senhor de cabelos grisalhos, conversador, de aparência jovial e grande disposição, pai de três homens e uma mulher. Utilizava roupas simples e aparentemente confortáveis, em um estilo quase esportivo. Sentamos à mesa, sozinhos na casa, e nos acomodamos para a primeira pergunta. Segundo ele, não havia hipertensão em sua vida até sua mudança de ocupação profissional

(aposentou-se da empresa onde era motorista), nem tampouco visitas ao serviço ou a utilização de cuidados específicos. O evento inicial:

(...) daí, em 2001, me deu de repente assim, tava bem deitado, de uma hora pra outra me deu aquele problema, aquela dor no peito. (...) O infarto foi uma coisa de repente, assim. Eu não tinha nada. Eu tava de férias da firma pra descansar, ficar em casa, não tinha nada... Dormi de tarde, me levantei e senti aquilo de repente, pedi pra me levar no hospital. Cheguei lá e o médico disse que eu tava infartando. Foi um negócio, assim, a partir dali fiquei uns seis, sete dias na UTI, subi pro outro piso e fiquei mais uns dias.

É interessante como surge marcada a doença pela associação com os sintomas:

Só havia dor no peito, não infarto. Eu não tinha nada, eu não ia a médico. Graças a Deus! Mesmo aqui no posto, que a gente tinha uma ligação muito grande – desde a fundação (...) – só ia quando tinha algum probleminha, uma gripe, por exemplo, senão, não tinha necessidade de medicamento, de nada. (...) Tanto é que quando eu enfartei, eu não tava tomando nada, compreendeu?

O problema da dor no peito foi resolvido, mas a estadia hospitalar acabou trazendo outras situações indesejadas:

Eu entrei no hospital com 12 por 8. Tu vê, não tinha alta na minha pressão. E a temperatura do corpo? Tudo normal. Eu só tinha dor no peito. O médico fez umas dez perguntas pra mim e nada: não tinha enjôo, não tinha dor de cabeça, não tinha nada: nada, nada. Só uma dor muito forte no peito.

Depois da internação no hospital, uma série de medicamentos passou a fazer parte de sua rotina, tomando atualmente cerca de cinco diferentes comprimidos – cada qual com seu horário e quantidade específica:

Depois que eu entrei lá pro hospital, engraçado, complicou tudo. (...) Complicou coisa que eu nunca tive, uma das coisas que agora tenho que me cuidar, é que eu sempre fui de comer muito doce. E o exame de glicose... Ela lá subiu muito. Depois mandaram eu me cuidar, mas eu nunca me cuidei muito. Então, o único problema que o meu cardiologista tem comigo é esse. A última vez ele disse: os seus exames estão ótimos. O único problema é a glicose que tá 105, 108. E ele, o cardiologista, quer que eu baixe de 100. (...) Então o único problema que eu fiquei, que eu me lembro que deu alteração, acho que por

causa dos medicamentos, porque quando eu entrei no hospital eu não tinha isso também. Nunca tive problema, sempre fui doceiro, de comer muito, de comer bastante. Quando eu como doce, eu não como pouco. A minha mãe faleceu com 94 anos e ela comia de tudo. E sempre foi de fazer muito doce em casa, e nunca teve problema. Então por isso que eu disse: não sei se do período lá do infarto, por causa dos medicamentos, que dão alterações... E na pressão, só quando tava lá que eu sei porque disseram que depois estabilizou e nunca mais...

Todas as recomendações usualmente feitas para controle desse tipo de problema, como a realização de atividades físicas regularmente, são seguidas:

Eu caminho uns 40min todo dia, (...) para exercício. Isso foi recomendação do médico. Ele disse que ia me dar o medicamento, mas se eu não ajudasse... Por exemplo, peso: eu vou lá e meu peso é 78[Kg], 78,5, menos de 79 – que é o que ele quer. Não quer que eu passe desse peso. Então ele me recomendou que caminhasse, no mínimo, uma meia hora por dia. E eu faço isso todo dia.

A mesma atitude é verificada na alimentação. Os cuidados sugeridos como necessários foram adotados:

Mudei a alimentação. Nunca mais a Larissa fez fritura, por ela também. Nela também surgiu um problema de coração, então ela tem que se cuidar... Então a gente cortou; não faz mais nada, nada frito ou gorduras, também. Óleo também não. Pra salada só compro aquele óleo... Azeite! Só esse azeite que o médico recomendou e o vinagre de maçã. (...) Isso foi recomendação do médico, da nutricionista lá, o que me deram. Uma vez me deram uma lista do que eu deveria comer, com exemplos, né! Eu fui seguindo as normas, como diz o outro... Então eu nunca mais tive problemas.

Um pouco surpreendido por essa adesão a modificar sua vida de forma tão relevante, perguntei se a transição foi fácil – mesmo porque não sei se eu mesmo o faria, atualmente:

Foi. Sabe por quê? Porque o médico jogou aberto. Me disse: teu problema é assim, assim, assim e assim. Se tu te cuidar, se tu seguir tomando medicamento, caminhando, te cuidar, tu pode morrer de bicho-de-pé, mas não vai morrer do coração. Agora, se tu não te cuidar, isso é uma coisa séria. O infarto pode se repetir de novo. Daí, não vou dizer quanto tempo de vida tu tem pela frente. (...) Até porque eu estava trabalhando, viu! Tava trabalhando nessa outra

firma ainda; fiquei lá um ano ainda depois de infartado. Claro que aí eu não saía mais para fora... Aí ele disse: não, eu acho que tu tem que optar. Até porque o trânsito é estressante, sair todo dia de carro. Ele disse: tu tem que optar; tu tem que cuidar da tua vida... ou tu quer trabalhar e durar menos? Daí a opção é tua. Botou na parede, né! Daí eu acertei com eles lá na firma, me deram o que tinham que me dar.

Eu disse: olha, vou parar mesmo. Até porque eu tinha que fazer refeições fora. Mesmo trabalhando aqui na cidade, não fazia refeição em casa. Daí não tem como tu te cuidar... Eu fui um cara que não comia salada anteriormente; nunca comia salada. Eu gostava mesmo é de carne, dessas coisas. Salada? Não gostava de nada, nada. Meus guris até hoje não comem... Mas depois eu mudei. Agora, a primeira coisa que se come aqui é salada. Salada verde, tomate, aquela coisa toda que recomendam. Mudei completamente... Eu tomava cerveja... Não tomava durante a semana porque eu dirigia, tomava uns goles; mas eu tomava cerveja no fim de semana; às vezes fazia uma caipira... Cortei totalmente! Nunca mais tomei. Ele até disse: olha, tu pode ir num churrasco, não vai deixar de ir, pode ir uma vez que outra, tomar uma cerveja, não tem problema... Mas aí eu compro aquelas cervejas sem álcool, no verão. Não tomo um gole de álcool, nunca mais tomei... Fumar eu nunca tinha fumado.

Ao longo de nossa conversa, sua antiga profissão, motorista em viagens intermunicipais, aparece muitas vezes, inclusive com certo aspecto de algo ao qual muita vida foi dedicada e produzida:

Eu viajava muito. Na Companhia foram 26 anos. Eu parava era fim-de-semana em casa. Às vezes eu saía a semana inteira, viajava muito. Essa Companhia que eu trabalhei foi extinta em 1994, quando eu saí... eu já era aposentado. Tinha me aposentado em 1993. Daí fui trabalhar numa consultoria de um cara que era engenheiro lá. A gente trabalhava junto, ele saiu de lá e montou uma firma, ele e mais um outro. Trabalhei sei anos com ele.

Chamou minha atenção que o trabalho – ou antes a rotina de viagens – foi um dos parâmetros mais relevantes para preocupá-lo quanto à continuidade de sua vida:

Uma coisa que eu sempre gostei foi de viajar, isso sim. Bom, eu viajei 32 anos. Eu viajei 26 na outra Companhia e nessa aqui também, porque eu viajava toda semana; para um lugar ou para outro eu ia... Isso eu sempre gostei, né! Não achei falta, viu! Eu até tinha medo, sinceramente. Quando eu parei de trabalhar eu fiquei com medo, nos primeiros meses. Nem fiz comentário em casa nem nada, mas eu tinha medo: ah, se eu parar... Eu pensava assim: puxa vida, eu não vou durar muito! Por isso que eu acho que foi por um pouco de medo

que eu segui todas aquelas recomendações médicas, tudo, tudo direitinho; o que era para fazer, o que não era para fazer.

Mesmo aposentado, Ricardo mantém, ainda que menos habitualmente, suas viagens, motivo de satisfação pessoal e apego:

Eu me adaptei tão bem a essa vida... Com meus limites, né! Sabendo que tem limite! Eu gostava muito de viajar quando viajava a serviço. Agora eu viajo de vez em quando. Eu tenho parentes no interior, então quando dá eu não gosto de sair correndo, por exemplo, ir lá no interior e voltar no mesmo dia. Quando vou, ficamos dois dias... quando eu vou para minha irmã, que eu vou para passear, descansar mesmo.

Mesmo com total confiança no que o sistema de saúde lhe oferece, Seu Ricardo ainda tem suas dúvidas – mesmo 8 anos após o evento inicial – sobre o que causou seu problema. A indicação do serviço não corresponde à complexidade percebida como disparadora do processo de adoecimento:

(...) eu fui comandar, escoltar umas máquinas para roçar a estrada, as roçadeiras hidráulicas. Fui cuidar de umas turmas. (...) Aquilo era muito estressante, porque aquilo é muito perigoso, ela tinha uma lâmina assim... Bom, pra ti ver, ela cortava uma madeira dessa grossura [cerca de 50 cm] com a lâmina quando passava. Aquilo tu tinha que te cuidar, sinalizar... e vinham os carros e aquela coisa toda... Era um serviço muito estressante e muito apressado. (...) Aquilo dava incomodação, viu! Eu tinha que me organizar muito, muito, porque pra mim era tudo, tudo muito certinho. Sempre fui assim, né! Tu vê, tanto que, naquele tempo, a firma era pequena e eu usava meus cheques para pagar as coisas e eles me repunham o dinheiro. (...) Eu sei que isso aí foi uma das causas. Apesar de que os médicos me disserem que não. O médico que me atendeu, depois do exame, disse que eu comia muito, muito churrasco. A minha vida foi no interior, e no interior tu já viu... Chegava a ser dois churrascos por dia e eu nunca tive nada, comia sempre carne gorda. (...) Um médico disse que foi da gordura do alimento. Porque eu fiquei com a coronária entupida.

Da mesma forma com que ele oferece uma explicação alternativa para a causa de seu problema, criou uma terapêutica *alternativa* dentro da proposta inicial dos serviços de saúde. Além de freqüentar regularmente o posto de saúde, onde faz acompanhamento, Ricardo também vai regularmente a um cardiologista do

subsetor privado – seu médico desde o início do problema – e outro do subsetor público – para realização dos exames mais tecnológicos sugeridos pelo primeiro. Ele conta assim:

Eu fui agora no cardiologista, isto é, há uns 15 dias... agora eu vou de seis em seis meses. Eu faço assim: eu vou lá, consulto, mostro os últimos exames, ele me recomenda dizendo o que quer e eu tenho um cardiologista aqui no hospital. Eu chego e explico no hospital que quem me atende é um médico particular da família, que nem sempre me cobra, e que eu me dei bem com o tratamento. Só que os exames eu faço via hospital. Por isso que eu sempre tenho um cardiologista lá. Fora disso, atendimento aqui no posto de saúde comunitária, com a médica. É a médica da nossa família, conhece toda a história da nossa família. Então eu pego os exames que ela pode pedir daqui direto: exame de sangue, colesterol. Eu faço, mostro para ela e então eu vou no outro.

Questionei se esse arranjo, essa atitude de usuário nômade, não causava transtornos com os profissionais envolvidos, ao que ele respondeu: “não, porque eu sempre abro o jogo”. Ao me explicar claramente que é essa a forma terapêutica que ele quer, algo me escapou... Voltei a falar com ele. Percebi que uma proximidade, uma intimidade se produz com o sistema de saúde que utiliza. Seu Ricardo singularizou sua relação com os serviços de saúde, aproximou-a de seu conjunto de “seres de relação”. Ele negocia os limites de cada serviço em particular, agencia as correções, inventa uma linha de cuidado, conecta ações e serviços que não se conhecem, conhecem-no. Essa reconfiguração que ele operou não foi somente dentro do serviço de saúde, frente aos profissionais: também modificou-se sua interação com os espaços participativos de controle social:

Mudei totalmente... Eu já lidava aqui com o posto, o postinho aqui, nosso posto de saúde... Aí eu fiquei um ano assistindo todas as reuniões do conselho gestor do hospital, sem ser conselheiro. Eu não perdia uma reunião... E aí eu comecei a entrar nesse negócio da saúde e participar de reunião, porque disso eu sempre gostei; sempre fui muito de conversar, de discutir coisas, sempre gostei. Porque a gente estava sempre participando de coisas aqui, negócio de colégio, da igreja – eu fui da diretoria umas duas vezes aqui – e participava; eu sempre gostei de participação assim. Então eu comecei a entrar nesse negócio de saúde e foi me preenchendo, compreendeu! Porque eu não sou de parar em casa. Até porque eu viajava, tinha aquelas

atividades sempre, sempre, sempre. Não houve uma grande mudança para mim, por isso. Claro que parei de ir trabalhar, de viajar. Agora isso aí preencheu muito para mim, esses Conselhos, essas coisas; preencheu meu tempo. Tu vê, essa semana: de tarde tenho Conselho, amanhã um negócio do tabagismo aqui no nosso posto, que eles fizeram um projeto ali sobre combate ao tabagismo, que teve um efeito muito bom, uma boa aceitação. E de tarde um outro cara do Conselho nos convidou para falar com o gerente, para resolver um probleminha que apareceu na reunião... Eu não paro. Sempre tem uma coisa ou outra. Durante a semana dificilmente tem um dia em que não tem alguma coisa.

Aqui uma constatação me atingiu: como a situação de saúde de Seu Ricardo também significou a abertura dos serviços/sistema para uma nova ação/atividade, potencializando seu protagonismo político. O mais surpreendente foi o quão intensivo foi esse agenciamento:

Não deixei de ficar ocupado! Eu comprei aquela estante ali (aponta para um móvel no canto da sala, com 6 gavetas); todas as gavetas estão super lotadas: uma é para o Conselho Local, outra é do Conselho Gestor do hospital, outra é do Conselho Municipal, é tudo assim.

O senhor está participando de todos ao mesmo tempo? A pergunta praticamente se auto-respondia, mas minha incredulidade de profissional politicamente não-praticante achou necessário:

Estou! Eu sou do Conselho Local aqui, que a gente é eleito; fui eleito no Conselho Distrital, lá do postão, que é uma coordenação do Conselho Distrital; sou do Conselho Gestor do hospital e do Municipal. Por isso que dizem: ah, esse cara não faz nada. Não faço nada mesmo!

Seu Ricardo era buscador-entregador de pessoas e mercadorias, tornou-se buscador-entregador de suas necessidades e tornou o sistema de saúde seu ofício. Prezava a organização e encontrou-se com uma organização, refazendo a organização de seu organismo. Trabalhava na produção de relações comerciais, seu protagonismo no trabalho, agora trabalha na produção de um Corpo sem Órgãos capaz de significar, a sua maneira, o organismo educado pelo sistema de saúde, seu protagonismo terapêutico e pedagógico na saúde. Acoplou o corpo-organismo ao seu Corpo sem

Órgãos. Forjou uma corporeidade intensiva, surpreendente para o seu passado, recriadora para a singularidade viva, ressingularizou-se em franca aposta na vida produtiva. Não produz mais o trabalho material (o comércio), produz intensivamente trabalho imaterial (homem-atividade em saúde).

## **Dissonância**

Dona Larissa recebeu-me na porta de sua casa, usando um avental de cozinha a frente da sua roupa. Sua aparência é de jovialidade e de cuidado consigo, não aparentando seus 63 anos de idade – inclusive com o cabelo sem fios grisalhos, discretamente escurecidos. Ela falava de forma calma e pausada, muito atenta. Conversamos no mesmo local: a mesa de estar/jantar testemunhou todos os encontros. Devido a essas indicações, muitas das quais já havia percebido quando conversei com seu marido, pensei que ela seria econômica em expor-se, quase lacônica. Surpresa! Foi a mais longa conversação, com uma grande riqueza de detalhes sobre sua vida inteira.

Quanto ao seu evento inicial, posso dizer que não ouvi o que esperava. Isso foi possivelmente porque eu esperava como informação, abordagem de seu diagnóstico principal em saúde, a hipertensão. Ela relata causas, trouxe o “problema” de forma gradual, como o encadeamento da conversa.

Me mandaram para um cardiologista (...) porque eu sentia uma ansiedade. Tu tinha que consultar, que marcar e daí ele mandou eu fazer uma esteira [teste de esteira]... E foi, e foi, e foi... Eu sei que, resumindo a história, descobriram aí que eu tinha um probleminha lá no coração. Mandaram eu tomar um remédio pra pressão, que o Ricardo tomou muitos anos. Mas ele não me examinou! O médico me atendeu assim, mascando chiclete, sabe?! Não me examinou! Só olhou aquele exame ali e me receitou... Aí eu fui para casa e disse: não, mas eu não vou tomar isso. Que é isso? Eu nunca tive pressão alta! Nunca. No postinho, a minha pressão... eu não vivia medindo, né, só de vez em quando... mas se a pessoa tem pressão alta, tem sintoma, né?! Eu nunca tive. A minha pressão era 12 por 8, sempre. Daí disseram pra eu tomar aquele remédio... Então eu fui no postinho

de novo consultar... e eu fui procurar um cardiologista de uns amigos nossos. Pra ver, né, porque eu queria tirar a dúvida.

Quem sabe mais de seu corpo? Parece que Larissa não tem essa dúvida, o que a incomodou profundamente foi uma consulta em desacordo com sua avaliação e na ausência de uma proposta de interação. Ela começou seu relato para mim dizendo “eu senti” e se refere a outra sensação, a ansiedade. Sentia ansiedade e lhe devolvem um diagnóstico de hipertensão após uma esteira. Ela diz “não me examinaram”, apesar do informe e consciência sobre o teste de esteira. O “exame” que ela buscava se referia ao “sentir”, às sensações da ansiedade e à produção de sentidos. Eu, como um dos que mascam chiclete, esperava pela apresentação da hipertensão.

Aí fui, consultei... Ele disse assim: “Desde quando a senhora tem pressão alta?” Respondi: mas eu não tenho pressão alta. “Não? Mas a sua pressão tá 14 por 9. Tem que tratar”. Aí mandou fazer uma eco-doppler. Fiz... No dia em que eu fui fazer, eu estava tranqüila; eu estava lá há não sei quanto tempo sentada, esperando... Aí eu pedi para medir porque ele tinha pedido para fazer uma tabelinha durante a semana. Perguntei se as gurias podiam fazer para mim, para eu não precisar ir no posto, já que eu estava lá... “Ah, não, não tem problema...” Quando a moça mediu, ela falou: “Dona Larissa... sua pressão é sempre assim?” Como assim, perguntei! Minha pressão sempre é normal. “Não, mas sua pressão tá 17 por 10”. Foi lá e chamou uma doutora. Aí veio e conversou comigo: “Que que houve?” Não sei... “Mas como? A senhora está nervosa?” Não, não estou nervosa. Estou tranqüila. “É, sua pressão está muito alta... a senhora tem que controlar” e sei lá o que, sei lá o que... Ah, meu Deus do céu... Bom...

Ela, afinal, descreveu o evento diagnóstico da hipertensão, mas não o atestou:

Na verdade, assim, eu não sei se a minha pressão é alta... Mas, de lá para cá, apareceu uma arritmia. Então, eu tenho uma arritmia... Sabe o que é, né?! Ele não é regular! Naquele minuto que ele tem que bater às, quantas vezes... 80 batidas por minuto, mais ou menos... Então, a doutora [do posto] me explicou tudo direitinho, como é que era. E ela já tinha dito para mim antes, em 2004 – mas eu não levei muito à sério: “Larissa, se tu tiver que (...) correr para pegar o ônibus, tu não corre. Tu não corre porque tu não pode”. Mas eu achava que era bobagem, né! Imagina...

Ficava evidente a contestação que essa senhora de aparência serena colocava aos profissionais e aos serviços de saúde. Sua vida não era de doente, não experimentava impedimentos em sua rede social, ela sentia ansiedade. Me contou, suas ocupações:

Olha, eu sempre trabalhei muito, mas em casa. Na verdade, eu sempre me envolvi muito com trabalhos e com a comunidade, também. Então, desde 78 que eu comecei trabalhando na paróquia, como catequista. Aos pouquinhos o Ricardo veio junto. A gente começou a trabalhar numa pastoral que faz os cursos de noivos, que prepara os noivos para casar. (...) Trabalhei muito ali na escola, quando tinha os filhos pequenos. E depois a gente começou a tratar a questão de trazer um posto de saúde para cá...

Nesse momento, nosso encontro é atravessado pelo Seu Ricardo. Ele estava saindo, mas, ao ouvir falar do posto, fez duas colocações: (1) que Larissa deveria falar sobre ela e não sobre o posto, para que não nos desviássemos do objetivo, e (2) explicou parte da história que a comunidade viveu na luta pelo espaço, pela estrutura e pelos profissionais do posto. Larissa devolve com: ô Ricardo, só um pouquinho! Quem vai comandar [a conversa] é ele! Se pode falar do posto ou não”.

Para mediar, reforcei que a conversa podia ser preenchida com o que cada um achasse mais relevante. Que o que acontece na nossa saúde está sempre em um contexto, na vida, e, por isso, não havia problema em falar mais. Assim, Seu Ricardo prosseguiu em direção ao seu compromisso. Mas não antes de comentar:

Eu vou dizer só uma última coisa, que eu já vou sair. Eu digo para eles aqui... Pra te ver como eu me sinto bem hoje: hoje, eu sou o que está melhor. Até a minha filha que mora nos Estados Unidos vive com problema de saúde, com alguma coisa. Eu digo para ela: mas, vem cá, o infartado aqui sou eu! Porque não passa uma semana que eles não têm um problema, infelizmente. Claro que a gente vai ficando mais debilitado, né! Mas hoje eles são mais doentes do que eu! É ou não é?

Dona Larissa confirmou. Mais adiante, retomando essa questão sobre sentir-se doente, ela afirma:

Doente? Pois é... Eu não queria me sentir doente... Eu não queria me sentir doente... Isso é tão ruim, sabe! A gente se sentir inútil... Às vezes

a gente recebe um pouco de atenção a mais. Como sempre foi só eu que me preocupei com os outros, né!

Dona Larissa me conta que o único acontecimento em que realmente necessitou de maior intervenção de um serviço de saúde foi “por um piripaque”:

O que foi que me deu: me deu essa tontura... Eu fui me levantar da cama, de manhã e rodopiou tudo. E eu achei que eu ia cair... Eu cheguei aqui em baixo e (...) não me deu vontade de tomar café. Eu senti uma coisa estranha. Eu não tava legal... Daí fiz um chá, tomei umas coisas e esperei até uma certa hora... Quando chegou ali pelas nove e meia, dez horas, eu subi devagarinho e disse: Ricardo, sinto muito, mas eu não tô legal. Eu estou assim, assim e assim, eu disse para ele. Aí foi quando ele foi tirar o carro... Não funcionou o portão... ele teve que chamar um táxi e me levar para lá [para o serviço de saúde]. Mas foi um piripaque que me deu: não me explicaram até hoje o que foi que aconteceu!

Devido à hipertensão, pensei que esse quadro podia ser o de um pico hipertensivo. Ela não lembrava qual sua pressão arterial no momento, mas lembrou de outros acontecimentos:

Os meus batimentos estavam em 36... Sei que elas botaram o aparelho e acharam que estava estragado. Daí botaram na enfermeira – isso elas me contaram depois – e viram que não. Eu olhei assim e vi a médica, a enfermeira... Aí uma delas disse: “Larissa, como é que tu estás?” Não sei. Estou assim, meio estranha... Ela disse: “Tu não te preocupa. Fica tranqüila. Acontece o seguinte: nós estamos aqui te atendendo, mas o teu coração está um pouquinho descompassado”. Daí elas conversaram e resolveram: “A gente vai colocar esses aparelhos aqui, mas a gente vai ter que te levar para o hospital. Mas fica tranqüila”. Elas disseram assim: “Nós temos que fazer alguma coisa. Não adianta nós ficarmos com o aparelho aqui...”

Esse evento marcante, no entanto, não era ainda causa para reorganização em sua vida. Algo começou a anunciar-se para mim quando conversamos sobre como foi que ela iniciou sua grande quantidade de ocupações:

Eu comecei a dar catequese justamente por problema de saúde... Problema meu, porque eu estava me sentindo inútil. Assim: eu tinha um casal de filhos, aí os dois iam para a escola, o Ricardo saía para trabalhar e eu... eu acho que aquela coisa, assim... só que eu tinha muita coisa atrás... que eu tinha que me envolver, que... tinha muita

coisa para dar, como diz o outro. E eu comecei a me sentir inútil. Então, sem saber, eu estava em depressão. Que eu comecei daí a me esconder, a me fechar... E estava tendo um problemas, sabe?! Eu já tinha até ido parar até em um psiquiatra.

O relato é denso e farto. Escuto o relato das “vocalizações” de seu Corpo sem Órgãos, as vivências de gênero marcadas na história social do corpo feminino, das mães-esposas, das mulheres do lar. Pensei que essas atividades tinham sido originadas de alguma intervenção terapêutica do profissional que ela buscou, algo como “sair de casa/sair de dentro da casa”, “sair do corpo-casa”, prover-se uma “gestação e parto do útero da casa para a respiração autônoma no olho da rua”. Não foi bem assim.

Então, nesse dia eu resolvi que eu ia buscar ajuda. Que até então eu não tinha ido buscar ajuda lá... Muita gente queria me ajudar, queriam me levar para outros lados e eu não queria. E fui, nesse dia, e conversei, bati um papo com o padre... que já morreu, por sinal... muito querido... era um senhor velho já... E ele disse: “Olha...” Depois que conversamos um pouco... Ele disse: “Qual é a tua escolaridade?”. Digo: ah, eu estudei até o terceiro ano, só, do primeiro grau. Eu não pude estudar mais. E meu maior sonho era estudar! Minha maior frustração até hoje é não ter estudado... Daí que sei que depois que a gente conversou um pouco ele disse: “Sabe o que tu tá precisando fazer? Tá precisando ocupar teu tempo”. Então ele disse que, uma tarde por semana, era para mim fazer alguma coisa. Então, era para eu ver onde iria me encaixar: na escola, que a escola precisava de mim; na igreja, que lá tinha bastante pastorais, bastante coisa para fazer.

Esse encontro foi em 1978. E, desde então, atuou em catequese, coordenou cursos de noivos, ajudava na escola, trabalhava como cabeleira em casa e coordenou grupos de ação social com creches, asilos e doentes vegetativos. Mas algo estava travado. Dona Larissa parece estar sentir intensamente o pedido de reconfiguração:

Eu me sinto muito bem ajudando os outros... Só que eu sempre pensei: primeiro a família, primeiro estão os filhos, tá o marido... E... E eu sempre fiquei mais por último, assim, sabe! Lazer e coisa? Nunca me preocupei muito! Comecei a aprender a tocar violão, que é uma coisa que eu gosto... Aí veio o coralzinho, que foi formado aqui na paróquia e me convidaram... E, no fim, agora eu tô com tudo parado, assim... Me sinto meia gozada, sabe!

Durante a conversa, cada vez menos a hipertensão estava presente. O interessante, para mim, foi ver o quanto eu ainda perguntava sobre essa patologia, sobre as prescrições. Em algum momento, ela me contou outro sintoma. De fato, algo travado, que não conseguia romper sua casca, que não conseguia desdobrar-se:

Eu tinha uma bola, sabe! Eu tinha a impressão de uma bola... (coloca a mão no pescoço). E que subia, me trancava aqui, sabe! Pensava: ah, meu Deus do céu, o que é isso, essa bola na garganta... (...) Essa sensação eu sentia há bastante tempo. Só que nunca tinha ficado assim.

Fazia acompanhamentos freqüentes no posto de saúde, fala que seu prontuário era o que tinha mais folhas (ri de si), mas nenhuma terapêutica ou pedagogia das corporeidades é relatada. A movimentação dos profissionais só aconteceu após o “piripaque”, quando aproveitaram a situação para convencê-la a conversar com um psiquiatra.

Eu tinha dificuldade para ficar numa fila, entrar num banco, atravessar a rua... Começaram a acontecer coisas assim. Eu fui [ao psiquiatra] porque elas [a médica e a enfermeira do posto] insistiram comigo, que eu precisava. (...) Quando comecei a conversar com ele... Quase não consegui conversar... Acontece que houve, nesse meio tempo, eu tive algumas perdas familiares... que foram muito... para mim foram muito chocantes...

Ela relatou uma sucessão espantosa de perdas, não somente de pessoas, mas também de agenciamentos, de encontros.

Eu tinha perdido meu pai... Depois eu perdi uma tia, que foi uma pessoa muito importante na minha vida e... eu me criei na casa dela... fazia quarenta dias que ela tinha falecido e meu primo, filho único dela, morreu: ele entrou em depressão... Tudo no mesmo ano... Teve mais um amigo nosso, que era doutor, era obstetra no hospital... se criou junto, na mesma rua, na mesma quadra, se criou junto com meu primo, junto conosco... Esse guri também... Tava na praia e deu um infarto, no fim de semana... Agora eu já consigo falar sem ficar como ficava. Porque eu não conseguia falar; eu chorava muito. Eu estava muito sensível... Agora, de uns tempos para cá, não.

Ela refere desconforto, até indignação, com os percursos que foi levada a fazer para resolver seu problema. Não conseguia abrandar seu corpo vibrátil, apenas

gradualmente... Os serviços de saúde seguiam buscando o corpo organismo, entorpecendo o Corpo sem Órgãos.

Eles estavam investigando para ver se não era tireóide! Olha só os caminhos que eu fiz... E tudo isso foram sensações a partir daquele incômodo na garganta. Até uma cintilografia eu fiz!

Cintilografia? Esse é um exame oneroso, geralmente realizado com contraste – o que é muito desconfortável para quem o faz – e indicado quando se tem uma idéia mais específica do que se quer avaliar.

A médica nem conversou praticamente nada comigo... Ela podia ter mandado fazer exames de laboratório só, né, e não fazer um exame tão apurado assim. Porque nos exames de sangue dá se tem alguma coisa... Bom, eu sei que... É isso que eu disse: demorou para descobrir que eu tinha pressão alta, demorou para descobrir que eu estava com depressão, com síndrome do pânico. E a coisa foi ficando mais feia...

Onde está a atenção integral ou a prestação da terapêutica? Todas as questões que formulei até então resumiram-se em uma: a senhora achou que algo lhe faltou nesse percurso? Ela respondeu referindo-se principalmente ao posto local de saúde (com o qual relaciona-se há cerca de 25 anos):

(...) Eu acho que houve uma falha... porque não detectaram o que eu tinha. Eu tinha uma depressão! Por que demoraram tanto para me encaminhar? Quer dizer, me conhecendo como me conhecem... sabem a minha vida como é, como sempre fui... Então, eu não sei... não posso culpar. Nem vou culpar nem vou dizer nada para ninguém: estou falando isso aqui e agora. Nem com o Ricardo eu nunca falei... Só que eu acho... Eu não sabia que tinha pressão alta. Por que eu não sabia que tinha pressão alta? Por que não era verificada a pressão. Então... Eu não posso dizer: não, eles fizeram tudo que podiam... Eles fazem, eu sei que sempre fizeram... Mas, mesmo assim, eu acho que houve alguma coisa que poderia ter sido diferente.

Agora que finalmente a hipertensão aparece! Perguntei sobre como foi seu acompanhamento para a depressão. Ela relatou que manteve uma rotina de consultas com uma psicóloga, do posto, juntamente com a medicação. No entanto, ela repensou esse acompanhamento.

A psicóloga, eu dei alta para ela. (risos) Eu dei alta para ela... Eu fui melhorar mesmo, depois de uns seis meses de tratamento. Eu lembro que eu comecei a me sentir bem e eu... a mania de se preocupar com os outros... todo mundo diz que é difícil conseguir consulta. Aí eu falei com a [psicóloga] (...) e disse: eu tô tão bem, tô me sentindo tão bem. De repente tem tantas pessoas que precisam mais. Eu estou tirando lugar dessas pessoas aqui...

Como, antes de nossa conversa, ela disse que estava na psicóloga, fiquei curioso para saber porque ela havia retomado esse atendimento:

Vou te ser bem sincera: eu retornei agora, com essa doutora que estou, e eu nem queria. Mas a minha coluna me ataca em função do meu sistema nervoso, sabe! Ela tranca! A hérnia de disco, cada um tem um sintoma. Comigo acontece isso. Se eu ficar nervosa, se eu tiver uma emoção... Mas é mais por sistema nervoso, mais por uma causa, assim, como levar um susto, coisa assim... pode acontecer de trancar e eu não poder me movimentar. Levar três dias: só através de injeção é que eu volto a poder andar... É isso que acontece com ela.

Fiquei um pouco surpreso com essa quantidade de detalhes, quase se pode pegar no Corpo sem Órgãos de Dona Larissa. O que um fisioterapeuta faria por esse corpo? O que um educador físico faria? Seu corpo apresenta sintomas, dores, perda de movimentos, evidências biomecânicas e nervosas. Minha profissão conhece esse corpo, não conhece o corpo que estou ouvindo. Eu não sei o que fazer, mas ela me diz:

E aconteceram umas coisas assim que... só para uma pessoa como tu, aqui, que a gente pode falar porque não vai [espalhar]... de jeito nenhum. Nem vou culpar nem vou dizer nada para ninguém [sobre as falhas que percebi no serviço de saúde local]: estou falando isso aqui e agora. Nem com o Ricardo eu nunca falei... A psicóloga disse para mim... disse uma coisa que eu não acho que sou... disse que eu sou muito inteligente, porque eu não vou lá só contar as minhas queixas, não vou lá só me queixar, contar meus problemas. Eu vou mais além, eu estou buscando uma solução... Porque... Nós estamos casados há 43 anos... Não vai ser em duas horas que nós vamos poder contar tudo, claro, né! Mas ela já sabe muita coisa da minha vida... E eu sou uma pessoa que tem que me libertar, porque sempre fui submissa... Eu nunca tive vontade própria... Acho que já dá para tu entenderes, né! Eu tenho um marido maravilhoso, tenho filhos maravilhosos, tenho uma família que só tenho que agradecer a Deus, bastante amigos,

bastante vizinhos bons, tem muita gente boa na minha vida, mas...  
Foi bastante difícil, viu!

Dona Larissa está com 63 anos, o corpo vibrátil, apesar das anestésias, pulsa insistentemente. Ela sabe das falhas do diagnóstico dos serviços de saúde desde os primeiros sintomas. Ela desacredita de todos os tratamentos, sabe que não se referem ao corpo que sente, único que pode relatar o que ela tem. Há uma dissonância clara entre a música do corpo e os instrumentos “musicais” dos profissionais de saúde, desafinação, irresolução harmônica.

A jovialidade dessa senhora está na mulher que ela conserva. Essa mulher não conquistou o corpo de Larissa, mas, agora, consegue conversar com uma psicóloga. Precisou 30 anos para que essa mulher tivesse ao menos com quem conversar no serviço de saúde. Já as práticas terapêuticas e educativas em saúde, referidas ao corpo, seguem distantes de suas corporeidades, exceto o corpo-organismo que tão mal responde às suas prescrições. Seu corpo repuxa reconfigurações:

Houve já algumas mudanças, em função das minhas consultas com a psicóloga... Porque para acontecer a mudança, eu sabia... Para mudar a minha vida, eu tenho que mudar. Eu não posso mudar o mundo. Eu não posso mudar as pessoas. E eu estava querendo que as pessoas se moldassem a mim. Que as pessoas fizessem aquilo que eu queria que fosse feito, entendeu!

### **Amortecimento (a-morte-cimento)**

Dona Izolete é a terceira pessoa que trago para a cena, vizinha do casal das conversas anteriores. Izolete é portadora de diabetes. Apresenta-nos pouco desejo de futuro, pouca aposta no presente e uma queixa do passado. Ela tem 64 anos de idade, mas segundo diz,

Eu me sinto já uma velha de setenta, oitenta anos (risos). É, me sinto mesmo... E também eu não ligo para mim; eu nunca fui de... aquela coisa, assim, de se arrumar, de sair... nunca fui. Nunca gostei. Eu não gosto de mim. Para mim, o que dá, dá; se não dá, eu não... nunca fui vaidosa, nunca fui... se dá, deu; se não dá... Agora estou fazendo esse

negócio da insulina e esse controle para ver e começar a arrancar os dentes. Porque eu comecei a arrancar e parei, por estar muito mal o negócio da diabetes. Aí eu não podia mexer...

Não entendendo essa informação, perguntei o porquê de arrancar os dentes:

Tem que arrancar, porque tá tudo estragado. Então eu to fazendo [tratamento] para começar a arrancar de novo. (...) Eu digo que não quero mais botar dentes, que vou ficar sem dentes mesmo (risos). Aí as pessoas: “Não, tu tem que botar...”. Ah, vou pensar ainda se vou botar.

Assim anunciou-se uma singularidade em condições diferentes dos participantes anteriores, não havendo, pela sua percepção, um evento inicial. No entanto, o serviço de saúde demarcou nitidamente seu problema de saúde:

E ficaram tudo em volta de mim. E me sentaram, me deitaram. E eu pensei: Ué! Ainda perguntei: doutora, o que é, afinal? Eu vou morrer? Pois se estão chamando todo mundo, né! Não, olha aqui: tu nunca verificou a glicose?. Disse: Não, nem sabia. Só vim de companhia para minha amiga... E olha que eu tava com 580 [mg/dl].

Mas a senhora estava sentindo alguma coisa?

Não, não tinha nada. Não sentia praticamente nada... Ah, meu Deus do céu... e corre daqui, e corre dali. Me encheram de insulina... Aff! E tome pergunta: “Mas que tu sentes?” Mas eu não sinto nada!

Ela relata mesmo um arrependimento pela “descoberta” do diabetes.

Minha vizinha me disse: “Vamos lá, vamos ver. Não custa ver. Se tu não tem nada, melhor... Mas eu vou aproveitar e ir lá fazer uns exames”. Se eu soubesse que iria me inventar essa, nunca que eu tinha ido lá. (...) Ah, não, aí depois é remédio demais... Eu não costumava tomar tanto remédio assim e agora é esse monte... Agora são dois de manhã. Aí tomo café. Aí depois que tomo café vem mais um, dois, três e quatro. Antes do almoço, mais dois. Depois do almoço, mais quatro. Antes da janta, dois. Depois da janta, mais quatro. Fora a insulina. Tem dias, assim, que meu estômago tá...

Primeiro a queixa ativa, incômodo, desconforto. Em seguida a acomodação passiva, acomodação, resignação:

Olha, eu me sinto bem. Mesmo com todo esse mundaréu de coisas que tenho que tomar, eu me sinto bem. É que eu sou muito acomodada... Me acomodo muito... Às vezes dizem: “tu tens que fazer isso, que fazer aquilo...”. Ah, não vou fazer mais nada, já estou muito velha para estar fazendo... Deixa assim agora... É só esperar...

Esperar o quê?

Esperar chegar a morte... A vizinha me diz: “Cala a boca, não pode...”. Aí eu digo pra ela que eu estou juntando dinheiro para quando eu ir, para me assarem no forno (risos).

Para o quê?

Eu não quero ser enterrada, eu quero ser cremada, né! Aí eu digo uma porção de coisas para a Larissa e dou risada. Ela diz: “Tu é louca, guria, não pode pensar isso”. Eu digo: Mas o que eu posso fazer? É a única coisa que eu posso fazer: pensar nisso. Eu não tenho mais pai, não tenho mais mãe. O meu irmão também morreu. Eu tenho um lá irmão também ,que tá no vai-não-vai... Vamos ver o que vai acontecer... Meu futuro agora é cuidar da minha gata, cuidar da minha irmã até o fim...

Nosso encontro foi marcado na residência da sua vizinha, que nos apresentou e ofertou-nos a sala de estar/jantar para a conversa, pois sabia que essa seria a preferência de Izolete. Havia alguns problemas familiares que tornavam sua casa pouco acolhedora para conversarmos. Nem mesmo ela mesma gosta de permanecer em casa. Aos poucos fui sendo apresentado a esse ambiente em que ela mora – e ao qual não quis me introduzir.

Eu moro com a minha irmã. A minha irmã, desde que casou... É assim: ela ficou o primeiro ano de casada sozinha com o marido. Aí, depois, em seguida, ela ficou esperando nenê... Como a única que podia mais ou menos ajudar ela, era eu, a minha mãe me mandou para lá, para a casa dela. E eu terminei ficando... (risos). Só aqui nós já estamos há cinqüenta anos... Só imagina, né!... Aí nós viemos para cá e eu já estava com ela... Já faz cinqüenta anos que eu moro com ela. Fui morar com ela com onze anos. Depois não fui mais embora.

Gradualmente fui sendo solidário com a sensação de que aquele lugar não lhe produzia “bons encontros”, afecções potencializadoras de vida. Para compreender isso, toda uma história vivida foi contada – algo que me surpreendeu, tendo em

vista estarmos nos encontrando pela primeira vez. Primeiro fui apresentado a sua sobrinha:

A minha irmã casou e teve a primeira neném. Aí o neném dela faleceu, com seis meses. Daí, então, minha irmã foi até parar em uma casa de saúde. Ela ficou meia... ela ficou desesperada. Ficou assim... parecia que ia enlouquecer. Passou tempo até ela se convencer. Aí, ela não saía da igreja, ia na Igreja de Nossa Senhora dos Navegantes. Ia lá praticamente todos os dias, tinha que ir. Para ir lá, rezar e pedir pra Deus e Nossa Senhora dos Navegantes arrumar mais uma filha para ela. Ela queria ficar grávida de novo... Ela ficava, mas não segurava... Aí, acho que de tanto que ela incomodou Deus e a santa, ela ficou esperando a gurria. Que é essa aí... Ela nasceu no dia de Nossa Senhora dos Navegantes. Essa aí que cresceu... Sempre foi vadia [desocupada]. A minha irmã achava, assim, que não podia dar um tapinha, porque achava que ela ia morrer. Porque, como ela perdeu a primeira e ela ficou naquele surto... Então ela criou essa coisa aí sem dar um laço, sem nada... Criou a valer [por si mesma, à solta].

Em seguida, ela relatou sua interação com essa sobrinha.

Ela casou na época certa, arrumou um marido... Era um homem trabalhador, ele era professor (...). Aí ela casou e teve os três filhos: teve os rapazes e a gurria – praticamente eu cuidei deles todos... Especialmente quando dava ataques nela; porque ela tinha um problema de ataques... (...) Faz tempo [quase quinze anos] que ela está aí, eu acho. Que ele veio e largou ela aí... Que ele não agüentou mais, né! Porque ela demolia tudo, quebrava a casa toda, dava nele... Aí, depois que eles já estavam todos adultos, ele pegou a trouxa e largou aí. Foi embora. Eu pensei assim: Ah, agora que eu vou me aposentar, que vou ter a vida da gente tranqüila... Vem o homem e me larga a mulher aí...

Contou-se a história dos filhos dessa sobrinha.

E os filhos já... só tem um aí, que mora aí... a gurria e o outro rapaz são casados. Ele é meio assim, se meteu com drogas quando era guri e ficou meio abobalhado... Uma vez ele estava meio doidão... Eu tive que gritar o nome da Larissa ali da porta, porque ele quase botou esse meu olho aqui pra fora [aponta para o olho direito]... quase furou. Me deu três socos. Abriu aqui assim, deixou meu nariz quebrado... Aí chamaram a polícia. Quando chegaram, ele escapou pela porta da frente e subiu na caixa d'água que fica lá em cima... Ele subiu ali e se jogou de lá de cima... Só não morreu. Era para ter morrido, mas não morreu... Só se arreventou todo. Aí meu cunhado levou no médico; o

meu cunhado disse assim: “O que é que a gente vai fazer?” O médico disse: “Olha, o senhor se responsabiliza em levar para casa e dar os remédios?”. Aí meu cunhado falou: “Como é que eu vou largar meu próprio neto, largar por aí afora? Não, eu vou cuidar dele”. Aí, trouxe para casa... E, graças a Deus, ele nunca mais saiu, assim, para fazer farra com os amiguinhos dele. E agora, graças a Deus, tá assim: saiu para a rua, come, bebe, tem um cachorro, brinca com o cachorro... Mas só que... Bem, graças a Deus, ele não toma mais nada e não anda dando [batendo] mais...

Atualmente, moram na casa, no andar de cima, a Izolete, sua irmã e seu cunhado. No andar de baixo, sua sobrinha com o filho. Dentro dessa vida, a Dona Izolete relata buscar algumas alternativas para escapar – mesmo que provisoriamente – do que lhe desagradava em casa.

Tá, tem dia que eu fico nervosa, né, mas aí... A Larissa me diz: “Tu tem que tomar um remedinho para os nervos...” Eu digo: não, não vou tomar... “Fala com a tua doutora, que ela vai te dar um remedinho fraquinho!” Não! Que é isso? Já tomo tudo isso e vou tomar mais um? Não, não vou tomar mais nada... (risos). Então eu saio de dentro de casa e vou lá para os fundos. Eu tenho uma gatinha, que é que nem cachorro, amarrada... Eu vou lá para os fundos, sento com ela lá, saio dali de dentro. Senão, eu venho aqui encher a paciência da Larissa (risos).

Essa mulher, em determinado momento, vai ao serviço de saúde, mas não o faz voluntariamente ou por considerar necessário:

Como descobri o que eu tinha? É que aqui, no próprio postinho, há um tempo atrás, veio uma campanha para ver a gente, né?! Tinha que picar... [demonstra uma picada no dedo]. Aí uma vizinha minha que mora aí na frente disse: “Vamos lá no posto?” Eu disse assim: pra quê? Ela disse: “Porque lá eles tão fazendo uma pesquisa, uma campanha, para ver as pessoas que tem diabetes”. Mas eu não tenho diabetes! Graças a Deus eu não tenho esse problema. “Então vamos comigo!”. Mas que nada, ela queria era me levar... “Ah, mas só para companhia...”. Eu disse: Tá bom, só para companhia.... Aí fui, né! Chego lá na hora e ela diz: “Vem, Izolete, vem. Aproveita”. Aí eu fui, né! Aí quando eu cheguei, ela picou, viu, assim... ah, eles se apavoraram. Aí correu todo mundo, era médico, era enfermeira...

Foi descoberta a elevada glicemia, suspeitada a diabetes. Ao não aproximar-se das experiências que Izolete vivia, o serviço de saúde faz recomendações que não são

assimiladas. A educação do organismo não toca e nem afecta o que é pulsátil em Izolete, ela amorteceu sua vida. Chega a incomodar-se que intensificaram o desconforto com a vida e mais ofereceram a aceitar, acatar, engolir (inclusive engolir muitos remédios).

Continuei a mesma coisa, mas aí eles começaram a me dar os medicamentos, né! Aí fui fazendo os medicamentos... Ensinaaram também o que eu deveria comer, o que eu deveria deixar de comer... Comer menos disso, comer mais daquilo... Mas é que eu sou muito teimosa... Eu adoro comer pão... Pão feito em casa então...

Na ausência de apostas, sob a total ausência de perguntas (verdadeiras) dos serviços de saúde sobre eventuais planos, desejos, procuras, ela ainda se chama de teimosa. “Foge” para o pátio onde “brinca” com uma gata amarrada. Ma alegre saber que também conta a vizinha, oferta de linha de fuga e ponte com a manutenção da vida. Ponte mesmo:

A insulina, faço todo dia. A partir de hoje vou dar uma folga para ela (a Larissa). Ela é que me dá a injeção. É que eu tenho medo, né, de eu mesma fazer em mim. Uff... Tenho pavor! Não sei por quê, qualquer injeção eu tenho pavor de fazer... Tenho um medo! É pior que criança pequena. Nem criança pequena tem medo, né, porque eles fazem, né! Eu, nunca fiz.

Esse exemplo me ficou marcado, o uso de insulina por meio de injeções, uma necessidade causada pelo descuidado consigo mesma, segundo ela, lhe obrigaria a aplicar as injeções em si mesma. De um lado, algo inconcebível para uma pessoa que tem medo desse tipo de procedimento. De outro lado, motivo para a vista diária, um pedido de contato corporal, uma fugaz entrada do toque da vizinha em seu corpo (a penetração da agulha e líquido, componente material da sensação imaterial). O corpo vibrátil aparece frágil, tênue, uma nesga de ligação com a proteção da vida, permanentemente ameaçada, amortecida.

Sem me dar conta, questionei se não poderia fazer essas aplicações no serviço de saúde mais próximo.

Aqui? Não. Eu não faço porque elas dizem: “Olha, isso aí até criança faz Dona” E me racha a cara de vergonha. Dona, a senhora está

fazendo direitinho? Estou! Mentira, é a Larissa quem faz! Ou vem: “Mas a senhora nunca fez, Dona Izolete?” Eu: não, às vezes eu faço, às vezes é a minha vizinha Larissa. Mentira, é ela sempre que faz!

Pensei se dentro de sua realidade haveria algo que lhe desse prazer, tomando a referência do diagnóstico definidor de diabetes para aquilatar eventual projeto terapêutico pelo serviço de saúde.

Ah, sim, eu ia muito a bailes, mas depois não deu. Por causa da bronquite não deu para dançar mais, não. Não dava para sair para dançar... Eu ia para a cidade da minha irmã e lá eu, minha irmã, meu cunhado e minhas sobrinhas saíamos... Depois não mais, porque sentia muita falta de ar... Aí não deu... Para mim, ficar em um local fechado, é um horror...

Apesar desse diagnóstico não ser o que originalmente ensinava nossa conversa, busquei explorar, parecia-me que essa condição a incomodava mais. Logo, perguntei sobre como foi descoberta a bronquite.

Eu trabalhava ainda, quando descobri isso. Tinha dias, assim, que eu nem conseguia subir a rua. Parecia que ia ficar por ali mesmo. Eu fumava também, né! Tem mais essa... Aí, um dia eu fui trabalhar e cheguei em casa, assim, que nem me agüentava... Aí meu cunhado disse: “Vai no médico”. Eu disse: não vou em médico nenhum!. Mas, no outro dia, ele teve que me levar no médico, porque eu comecei a ficar com tudo preto, assim, em volta das unhas... O doutor lá do hospital disse que não ia oxigênio pro cérebro. Eu tava começando a ficar preta! Aí, só sei que fui para lá às 11 horas da manhã e saí de lá às 11 da noite... Eles me encheram de injeção de tudo quanto foi jeito. (...) Depois desse susto aí, nunca mais que eu fumei. Aí, foi horrível... Parecia que eu ia morrer. Eu morria de medo de injeção e eles me deram muita injeção... Quando eu me acordei eu tava toda cheia de fios enfiados e... Ah, nunca mais. Aí eu prometi que nunca mais eu ia fumar. O médico mesmo disse: “É, não adianta mesmo. Pode ir... Se tu quiser continuar fumando, tu fuma, mas aí não venha mais aqui. Nem se dê ao trabalho. A senhora fica em casa, deitadinha, só esperando chegar a morte...” (risos). Eu disse: ah, não, doutor, se Deus quiser, a partir de hoje, nunca mais! E parei de fumar, nunca mais senti vontade, nunca mais.

Parece aposta na vida: ameaça de morte! Faça por viver ou vai morrer! Fez por viver não se expor ao medo dos procedimentos, encaixou seu organismo na proposta educativo-terapêutica do organismo. Aprendeu a sufocar mais vida para

não sentir a sufocação da falta de ar. Sufocar a vida já desde os 11 anos de idade.

Quem sabia disso? Seu Corpo sem Órgãos sabe, por isso seu organismo e a educação do organismo o mantêm a-mor(te)cido. Quando pergunto se ela está se sentindo doente, a resposta é

Eu me sinto bem. Sentia falta de trabalhar, né, claro, tava acostumada, mas, depois, fui me acostumando a ficar, assim, em casa e fazendo minhas coisas. Eu gosto muito de fazer arranjos de flores, essas coisas... Aí eu vou inventando aqui e ali, aquilo preenche minhas horas.

Percebendo algo em que ela esboçou um sorriso e transformou sua entonação – talvez uma corporeidade querendo expor-se – questionei se ela ainda hoje faz esse artesanato. Ela respondeu segurando um pequeno arranjo de flores que, depois, vim a saber que ela confeccionara para Dona Larissa:

Eu continuo, só que às vezes eu paro um pouco de fazer. Aí eu invento outra coisa: uma hora é de flores, depois vou inventar outra coisa. Tenho mania de fazer bichinhos; pego uma pedra, uma pedrinha e faço um bicho, qualquer coisa. Tô sempre inventando pintar os bichos, fazer artesanato...

O que lhe deixou com alguma sensação consciente de incômodo foi a falta das companheiras de trabalho, as demais costureiras da empresa em que trabalhava. A aposentadoria é o seu marcador de “doença”: não por acaso o “evento inicial” para a diabetes não se enunciou.

Sinto falta das minhas amigas. Não do serviço, sentia falta delas, né, porque todo santo dia com as gurias ali, trabalhando... Depois eu ia na casa delas, mas umas foram casando, foram morar em outro lugar e a gente foi se distanciando. Às vezes até a gente se encontra. A gente se encontra e termina indo uma na casa... Eu vivia na casa delas. Agora não, faz tempo que eu não saio. Uma que da minha irmã não dá para ficar muito... que eu tenho que ficar dentro de casa, porque ela não pode se levantar, não pode sair da cama; aí eu tenho que fazer tudo, aí é pior...

A sensação que me tocava era a de uma pessoa forte que se sentia impotente e frustrada com a vida, uma pessoa infeliz... E ela me diz:

A meu modo eu sou feliz. É, porque eu tenho a guria [a sobrinha], que é como se fosse minha filha e a minha irmã. Minha irmã e meu cunhado sempre foram bons para mim... senão eu já tinha largado eles e ido embora. Mas a meu modo, sou. Aí tem a Dona Larissa aqui que nem é amiga, é como se fosse irmã.

“A meu modo”, diz ela! Olha o “Corpinho sem Órgãos” fragilzinho, esperando uma via por onde vazar, se agarrar. Não se pode saber o que haveria de prazer ou desprazer. Ela fala de felicidade a partir do prazer de ser útil, ter família, ver pessoas que sofreram, agora, em casa. Casa para dentro da qual não leva as amigas nem a amiga-quase-irmã. Há felicidade/infelicidade, o prazer/desprazer, mas e a alegria? A alegria da atividade do Corpo sem Órgãos, a alegria de des(amor)tecer-se? Pode ser mesmo uma pessoa infeliz, mas não será uma pessoa triste? Não lhe falta a felicidade. Experimenta a alegria? A alegria é do corpo vibrátil. A felicidade é do corpo-organismo ou das organizações (morais) e das imagens de felicidade (representações). Um projeto terapêutico e educativo de corporeidades para Izolete, não a faria muito feliz, teríamos de detectar a alegria.

## Prática terapêutica e pedagogia das corporeidades



*Baba antropofágica – Lygia Clark (1973)*

“Eu sonhava que abria a boca e tirava sem cessar de dentro dela uma substância, e na medida em que isso ia acontecendo eu sentia que ia perdendo a minha própria substância interna e isso me angustiava muito, principalmente porque não parava de perdê-la.”

Pretendi aproximar-me da Educação para tensionar a Saúde em que fui conformado, bem como apontar a configuração das práticas terapêuticas e a necessidade de uma pedagogia das corporeidades. Queria ser mais terapêutico com as pessoas, dispondo-me a rever-me nesse processo – algo que percebi como necessário quase imediatamente. Descobri, aos poucos, uma outra distância de meu conceito de reabilitação: a crítica à reabilitação que eu fazia se referia a *um* corpo; mas ao romper com tal reabilitação eu não colocava *outro* corpo no lugar, era o *mesmo*. Não há *um* corpo, exceto o organismo que propomos como representação do corpo. Se não partilharmos essa representação, seja porque acolhemos representações outras – como aquelas que nos oferta a antropologia – já temos de rever nossas práticas terapêuticas. Se não partilhamos da representação do organismo natural-biológico ou das representações socioculturais do corpo porque acolhemos o corpo pulsátil, ovo sob o organismo que faz (sem fim) nascerem corpos, conforme a atividade da alegria sobre um corpo que *pode* corpos, então teremos de atuar (e formar para atuar) com corpos sensíveis, desorganizando-nos.

A tentativa de trazer a área da Educação para a área da Saúde, como um instrumento de afirmação da terapêutica “correta”, acabou desterritorializando-me: estou e não estou em ambos os espaços, vivendo no *entre*, quero uma linha de dobra. Descobri que esse entremeio também possibilita interface com outras áreas, como a Arte. Não sei o que fazer, não conheço o suficiente, estou em uma fronteira. Fui convidado, convocado a experimentar possibilidades, não somente no âmbito profissional, mas em todas as minhas relações. Nunca pesquisara desse jeito, nunca realizara uma anamnese minimamente parecida com as conversas que estabeleci. Sei pouco das pessoas com quem conversei, absolutamente nada saberia se as recebesse em um consultório, leito ou vista domiciliar com os instrumentos que tinha até “ontem”.

Descobri em mim o desejo por escuta e tecedura de corporeidades singulares – assim surpreendi-me bastante com o quanto essa necessidade esteve reprimida até então nessa identidade exemplar de profissional da saúde. Meus encontros experimentais nesse processo, em busca de outras realidades para viver são muito

mais potencializadoras de vida – o que tem me trazido desestabilizações até mesmo incômodas em algumas situações.

Adentrar em outra compreensão, onde nos abrimos para possibilidades, refaz nossa vida, nossas práticas, nosso pensamento. Foi difícil. Aprendi que isso não é possível de forma solitária e sem um guia, precisei das pessoas que encontrei na elaboração dessa pesquisa e escrita como *intercessores*. É como afirma Deleuze:

para o espaço de criação, o necessário são os intercessores – sem eles não há obra. Podem ser pessoas, mas também coisas, plantas ou mesmo animais. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. Eu, hoje, preciso de meus intercessores para me exprimir e eles não se expressariam da mesma forma sem mim: reconheço que sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê (Deleuze, 1992, p. 156).

Desse modo, uma confluência de corporeidades produziu o tempo e o espaço desse trabalho, além de *outros-em-mim*. Demorei a compreender esse compartilhamento que podemos – e muitas vezes precisamos – fazer de corporeidades. Mesmo com cada pessoa mantendo seu organismo (uma contraparte material do corpo), podemos ter *o mesmo* Corpo sem Órgãos, algo maior que o somatório de subjetividades, um corpo do encontro ou corpo intercessor. É como dividir a autoria dessa escrita, dessa vida – o resultado singular implica que tudo poderia ser diferente se os encontros fossem outros, ou melhor, se as afecções fossem outras.

Os entrecruzamentos dessas conversações foram muito evidentes para mim e em mim, ocorreram em cenários vividos, onde a imprevisibilidade é o anúncio de uma possibilidade: Dona Larissa estava em casa e entreviu em um momento para lembrar Seu Ricardo sobre algum assunto. Larissa foi interrompida por Ricardo no princípio do seu relato e, durante a conversa, por Dona Izolete. Encontrei Dona Izolete na casa do casal, o que colocou Dona Larissa por perto – e na conversa, em alguns momentos – e Seu Ricardo ao final.

O encerramento das conversas que tivemos foi produção de vida, em que o encontro materializou-se e ressignificou relações: tomamos os quatro, casal, vizinha e “convidado”, um café da tarde, com cada um contribuindo a sua maneira. O

homem buscou o pão, a mulher fez o café, a vizinha preparou a mesa e o convidado trouxe um motivo de encontro e conversa. As potências enunciadas sugerem um agenciamento terapêutico, a produção da alegria por efeito da conversa. Emergência de corpos por efeito da conversa-encontro: em todos. Não os deixei iguais, não fiquei igual. Mexi em suas vidas, mexeram na minha. O movimento gerado em qualquer de nós não foi extrínseco a nós, corpos-ovos-em-nós foram aquecidos, germinam. Para o serviço de saúde e para o profissional de saúde, significa achar o potencial de singularização em nós mesmos.

Acho importante exemplificar como os conversantes fizeram parte da reconfiguração que minhas práticas (ou antes o profissional-em-mim) sofreram.

Acompanho, acerca de três anos, uma pessoa sob tratamento: iniciei como fisioterapeuta domiciliar para uma paciente de 80 anos que sofreu um acidente vascular cerebral; hoje sou um acompanhante terapêutico, quase um membro da família que, coincidentemente, tem conhecimentos em fisioterapia, que nem sempre, entretanto, são diferenciais para resolver alguma situação. Essa relação, reconfigurada já há algum tempo, eu não sentia conforto em relatar, por parecer um exercício “fora da minha profissão”. Percebo a representação da profissão impondo seu corpo-organismo sobre meu exercício profissional, exercício que precisa ser biocientífico sobre o corpo-organismo de quem atendo.

Como a condição de desterritorialização não pode ser permanente, reterritorializamos – e recorto mais especificamente a relação que estou repensando: como ser profissional da saúde agora? Um campo de possíveis se abriu, escapou a figura do tratador de doenças, tampouco sobrou algo de sacerdote místico de problemas de vida, mas ser uma pessoa que auxilia outra a corporificar suas potências seria possível? É como a elaboração que Teixeira (2004) faz dos conceitos em Spinoza: o terapeuta como um facilitador de *alegria*. Diz o autor:

aquele que se propõe entrar em uma relação terapêutica não obrigatoriamente traz respostas, mas não deixa esquecer as perguntas importantes – no caso, quais os corpos e corporeidades que nos são mais interessantes, quais os afectos que dão passagem à vida?

Assim, proponho a prática terapêutica como *seleção dos afectos*, em uma perspectiva de ter como objetivo último o aumento das potências que conduzam ao conhecimento das possibilidades de alegria e experimentação. Quando Lygia Clark rompeu com a arte a observar, defendendo uma arte para sentir, ela afirma que os artistas são propositores de sensação. Penso, agora, no terapeuta e educador do corpo como propositor de corporeidades, algo tão distante do terapeuta guardado em meus livros de fisioterapia e tão pouco instigante do educador guardado em meus livros de educação física, mas que reconheço nos agenciamentos dos livros de educação, saúde e corpo que o período do mestrado me trouxe. Não é por falta de literatura que nossos cursos de graduação não nos ensinam a pedagogia das corporeidades.

Para interagir, acoplar-se com essa diversidade, cabe outro aprendizado ressingularizador de práticas em saúde: assumir a dificuldade em encontrar e dar voz aos Corpos sem Órgãos e, além disso, a impossibilidade de julgá-los como “corretos” ou “errados”. Nossa subjetividade é o que foi possível e necessário no momento, sendo as corporeidades – a manifestação conjunta, inteira, dos corpos – afirmadoras de escolhas de vida – mais ou menos singulares. Dessa forma, não há espaço para julgamento meritório das vidas que orientam determinada produção de subjetividade, apenas a tentativa de reconhecer a medida de singularidade existente, em uma afecção potencialmente terapêutica para todos os envolvidos.

A proposta de potencializar corporeidades não é a de manter-me atento ao plano subjetivo, à intimidade dos sujeitos – personalismo que retoma a existência de um sujeito representativo (representante de uma identidade). Meus momentos com as pessoas com quem conversei são exemplos de “encontro”, uma conversa capaz de mover as representações. Isso difere de uma anamnese? Pode ser que sim, mas é a obtenção de uma compreensão implicada o suficiente para abarcar a escuta do que pede o corpo de um usuário das ações de saúde e de seus efeitos sobre mim.

No entanto, dificilmente posso afirmar que propus alguma resolutividade dos problemas de saúde dos três companheiros de viagem: anuncio, puxo algumas pistas para o Corpo sem Órgãos, mas... o que passa por eles? Aqui entra o

profissional da saúde (e especialmente o profissional do corpo), promovendo intensidades e agenciamentos para corporeidades.

É como mostrar ao Ricardo como recriou o seu desejo de viajar. Se Ricardo “tinha de se organizar muito, muito, porque para ele era tudo, tudo certinho”, a educação do organismo se ajusta à organização que lhe significa produção; organismo e organização inventam para Seu Ricardo potências novas. Acopla um Corpo sem Órgãos ao organismo, educando-se para novidades e inovações. É como dizer à Larissa: a evidência da inteligência pode indicar a hora de estudar. Quem define idades para estudar, de onde provêm a capacidade de aprender? Não está na hora de voltar a estudar? Um projeto absolutamente pessoal, em outra rede de conexões sociais, não para ajudar, para ser! Dar a ela espaço de exercício intelectual, como na conversa com a psicóloga, que já lhe faz tão bem, abrindo a compreensão a compreensão de outras vidas possíveis, de outros agenciamentos, de liberação da mulher aprisionada dentro de si. Liberdade com potência de romper o grilhão no seu pescoço (mas também de romper os laços de sua rede de captura dos entes queridos). É como oferecer para Izolete a terapia corporal inusitada: dançar. Dançar com coreografias imanentes, dançar a vida, outras vidas, outros pares: inusitados, surpreendentes. Seres de afeto em corpos, música e gestos são possíveis. E uma diabetes talvez se cure pela reorganização do organismo, onde o desejo de vida se insurge pela produção de vida. Ela precisa de um profissional do corpo, pelo corpo e para o corpo, configurando corporeidades.

Espero que os sentidos que apanhei auxiliem outros buscadores da área da saúde, principalmente com inquietações imbricadas com as minhas, a abrir uma passagem, uma rachadura, uma fresta, por onde as corporeidades possam passar no caminho de ressingularizações da prática terapêutica e educativa em saúde. Que essa contínua aproximação e afastamento de pessoas, afectando mais ou menos nossa vida profissional produza movimento de vida em todos nós.

## Meus agenciamentos com a literatura



*Retrato de Picasso – Salvador Dalí (1947)*

“Não se trata da beleza, mas da fealdade... O seu intelectualismo furioso é denunciado por este cérebro que lhe sai pelo nariz para se transformar em colher que apanha tudo...”

ARAUJO SILVA, Fernanda Abranches. **A convocação do corpo na reelaboração de subjetividades**: Lygia Clark e os novos sentidos para a vida cotidiana. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2008. 110 f

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HiperDia** – sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Acessado em 10 de julho de 2008. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, George. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2006 [1943].

CECCIM, Ricardo Burg; MEHRY, Emerson Elias. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: provocações desde o Sistema Único de Saúde e sua Política Nacional de Humanização. Interface – Comunicação em Saúde e Educação, v. 13, supl. I, 2009 (no prelo).

CECCIM, Ricardo Burg. **Saúde e Doença**: reflexão para a educação da saúde. In: Dagmar Estermann Meyer (org). Saúde e Sexualidade na Escola. 3ª ed. Porto Alegre: Mediação, 2007 [2006].

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni e Mattos, Ruben Araujo de (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 259-278.

CORBIN, Alain. **Dores, sofrimentos e misérias do corpo**. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org). História do corpo: da revolução à grande guerra. Petrópolis: Vozes, 2008 [2007].

DELEUZE, Gilles. **Lógica da sensação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 2007 [1981].

DELEUZE, Gilles. **Espinosa** – filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002 [1970].

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Vol 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996 [1980].

DELEUZE, Gilles. **Conversações**: 1972-1990. São Paulo: Editora 34, 1992 [1990].

FAURE, Oliver. **O olhar dos médicos**. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org). História do corpo: da revolução à grande guerra. Petrópolis: Vozes, 2008 [2007].

FOUCAULT, Michel. **Historia de la Medicalización**. Educación Médica y Salud. NW, Washington, DC, n. 11, p. 2-25, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 21ª ed. São Paulo: Graal, 2005 [1979].

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004 [1975].

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1990 [1989].

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006 [1992].

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004 [1988].

LUZ, Madel Therezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007 [2003].

MOULIN, Anne Marie. **O corpo diante da medicina**. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org). História do corpo: as mutações do olhar: o século XX. Petrópolis: Vozes, 2008 [2007].

ORY, Pascal. **O corpo ordinário**. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org). História do corpo: as mutações do olhar: o século XX. Petrópolis: Vozes, 2008 [2007].

PELBART, Peter Pál. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

RIZK, Hadi. **Compreender Spinoza**. Petrópolis: Vozes, 2006.

ROLNIK, Suely Belinha. **Memória do corpo contamina museu**. 2007. Revista Concinnitas, ano 9, v. 1, n. 12, 2008.

ROLNIK, Suely Belinha. **Uma terapêutica para tempos desprovidos de poesia**. 2005. Acesso digital pelo Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP. Acessado em 16 de agosto de 2008. Disponível em:  
<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/terapeutica.pdf>

ROLNIK, Suely Belinha. **“Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma**. 2003. Acesso digital pelo Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP. Acessado em 17 de agosto de 2008. Disponível em:  
<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf>

ROLNIK, Suely Belinha. **Quarar a alma**. 2002. Acessado em 03 de setembro de 2008. Disponível em: [http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/quarar\\_a\\_alma.pdf](http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/quarar_a_alma.pdf)

ROLNIK, Suely Belinha. **Lygia Clark e o híbrido arte-clínica**. 2001. Acessado em 02 de setembro de 2008. Disponível em: <http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/Artecli.pdf>

ROLNIK, Suely Belinha. **Esquizoanálise e antropofagia**. In: ALLIEZ, Eric (org). Gilles Deleuze: uma vida filosófica. São Paulo: Editora 34, p. 451-462, 2000.

ROLNIK, Suely Belinha. **Novas figuras do caos**: mutações da subjetividade contemporânea. In: SANTAELLA, Lucia; VIEIRA, Jorge Albuquerque (org). Caos e ordem na filosofia e nas ciências. São Paulo: Editoras Face e Fapesp, p. 206-221, 1999-1.

ROLNIK, Suely Belinha. **Molda-se uma alma contemporânea**: o vazio-pleno de Lygia Clark. 1999-2. Acessado em 03 de setembro de 2008. Disponível em: [http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/molda\\_com\\_resumo.pdf](http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/molda_com_resumo.pdf)

ROLNIK, Suely Belinha. **Toxicômanos de identidade**. 1997. Acesso digital pelo Núcleo de Estudos da Subjetividade da PUC-SP. Acessado em 02 de setembro de 2008. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Toxicoidentid.pdf>

STIKER, Henri-Jacques. **Nova percepção do corpo enfermo**. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org). História do corpo: da revolução à grande guerra. Petrópolis: Vozes, 2008 [2007].

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **A Grande Saúde**: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. Interface – Comunicação em Saúde e Educação, v. 8, n. 14, p. 35-72, 2004.

VIGARELLO, Georges. **Higiene do corpo e trabalho das aparências**. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (org). História do corpo: da revolução à grande guerra. Petrópolis: Vozes, 2008 [2007].