

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
MESTRADO EM FILOSOFIA – CTCH**

GILBERTO VILELA FIGUEIREDO FILHO

UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DO DISCURSO DA SAÚDE

**CURITIBA
2008**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

F475a Figueiredo Filho, Gilberto Vilela
2008 Uma análise foucaultiana do discurso da saúde / Gilberto Vilela Figueiredo
Filho ; orientadora, Inês Lacerda Araújo. -- 2008.
105 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2008
Bibliografia: f. 103-105

1. Foucault, Michel, 1926-1984. 2. Medicina – História. 3. Medicina
preventiva. I. Araújo, Inês Lacerda. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. III. Título.

CDD 20. ed. – 194

GILBERTO VILELA FIGUEIREDO FILHO

UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DO DISCURSO DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre em Filosofia

Orientadora : Profa. Dra. Inês Lacerda Araújo

CURITIBA

2008

GILBERTO VILELA FIGUEIREDO FILHO

UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DO DISCURSO DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre em Filosofia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Inês Lacerda Araújo
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof.Dr .Samuel Jorge Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof.^a. Dr.^a..Sandra Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

Curitiba, ____ de _____ de 2009.

À minha Mãe
In memoriam
1938 -2007

*“Vai-se a primavera,
queixas de pássaros, lágrimas
nos olhos dos peixes”*
Bashô

AGRADECIMENTOS

À Regina Bochniak. *In memoriam.*

À minha esposa e filhas.

À minha orientadora.

Vanitas vanitatum, et omnia vanitas.
(Eclesiastes, 1: 2)

Vazio é o discurso filosófico que não cuida de nenhuma afecção humana.
(Epitecto)

RESUMO

Em várias partes de sua obra Michel Foucault explora a medicina e suas estratégias. Mostra como estas se infiltram nas relações de saber e poder da nossa sociedade. Para Foucault o sujeito é constituído, e o sujeito atual tem grande parte da sua formação ligada a um cuidado de si medicalizado. O discurso atual da saúde tem grande penetração na sociedade, pois é considerado como conhecimento científico e, portanto deve ser verdadeiro. Tal fato faz a medicina tornar-se um espaço privilegiado na formação do indivíduo. A análise da formação das vozes do discurso do cuidado do corpo e de si, nas várias épocas da história, permitem ver nos como este se constitui, quem o detém e quais as suas estratégias. Mostramos que os discursos do cuidado de si transformaram-se completamente durante a história. Com isto criaram novos saberes, e privilegiaram diferentes condições, pelas quais são formadas certas relações entre sujeito e objeto, na medida em que são constituintes de um saber possível sobre este cuidado de si. A história dos discursos da saúde no Brasil sempre foi tratada como uma solene sucessão de grandes nomes e um lento desvelar das verdades por um sujeito constituinte. Contudo esta continuidade não explica o surgimento de novos saberes, como a medicina e a cirurgia estéticas, nem a influência da indústria no discurso da saúde. Para esta tarefa, solicitamos de Foucault seu método arqueológico, que isola objetos de conhecimento e estudo. Associar estes objetos genealógicamente às práticas que sujeitam o indivíduo ao biopoder moderno, nos dá uma visão diferente desta história heróica ou da história das idéias. Pesquisamos, pela perspectiva de Foucault, a mudança dos objetos de conhecimento que possibilitaram transformar uma medicina reparadora e curativa em uma medicina estética, e levantamos os laços entre a indústria farmacêutica, os médicos e a produção científica. Por fim estudamos o fenômeno da medicalização da sociedade e a forma como esta se apropria do discurso da saúde. Na análise da medicina preventiva comentamos as relações entre governamentalidade, normalização e vigilância do sujeito, relativas a esta medicalização totalizante. Situamos a medicina alternativa e sua influência no discurso da saúde e as estratégias da sua transformação em medicina complementar. Mostramos que ao contrário do discurso prevalente na nossa sociedade as medicinas alternativas são estratégias de uma medicalização mais abrangente. Sem nos dar alternativa, medicalizam-se corpo e alma.

Palavras-Chave: Discurso da saúde. Foucault. História da medicina. Medicalização. Governamentalidade.

ABSTRACT

Michel Foucault in several of his works explores medicine and its strategies. He shows how they emerge out of the relations of knowledge and power in our society. For Foucault, the individual subject is constructed, and the current subject has most of its formation related to medicalized care of the self. The current health discourse has great penetration in our society because it is regarded as scientific knowledge, and therefore should be true. This fact makes medicine a privileged space in the constitution of the individual. The analysis of the discourses of the health speech, the care with the body, and care with the self, at various times in history, enables us to see how it is, who owns it, and its strategies. We show that the health speech have been transformed completely during the history. This created new kinds of knowledge, and privileged different conditions, which were formed by certain relationships between subject and object, as they are parts of a possible knowledge as on the care of the self. The history of the health speech in Brazil has always been treated as a continuous succession of solemn and great names, a slow unveiling of the truth by an autonomous subject. But this continuity does not explain the emergence of new kinds of knowledge such as aesthetic medicine and aesthetic surgery, or the influence of industry in the discourse of health. For this task, we ask Foucault for his archaeological method, which isolates objects of knowledge. Associating these objects genealogically to practices, which submit the individual to modern biopower, we would have different insights from the heroic history or the history of ideas. We search, in the perspective of Foucault, the change of objects of knowledge that allowed transform a reconstructive and healing medicine, in a medical aesthetics. We raised also the links between the pharmaceutical industry, physicians and scientific production. Finally we study the phenomenon of the medicalization of society, and the way it approaches the health speech. In the analysis of preventive medicine we also point relations between government, standardization and monitoring of the individual subject, on this universal medicalization. We located alternative medicine and its influence on the health speech, and the strategies of its transformation into complementary medicine. We demonstrate that unlike the prevalent discourse in our society, the alternative medicine is a strategy to a broader medicalization. Without giving any alternative we medicalize body and soul.

Keywords:

Health speech. Foucault. History of Medicine. Medicalization. Governmentality.

SUMÁRIO

RESUMO	09
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11

CAPÍTULO I

2. SOBRE A PERSPECTIVA FOUCAULTIANA	16
2.1 História da Medicina.....	16
2.2 Discurso.....	17
2.3 Análise do Discurso.....	18
2.4 Estratégias.....	21

CAPÍTULO II

3 ALCEBÍADES EQUIVOCADO	24
3.1 O Corpo Doente.....	25
3.2 O Corpo Velho.....	27
3.3 O Corpo Morto.....	28
3.4 Alcebíades O Corpo a Serviço da Alma.....	30
3.5 O Retorno da Beleza.....	34
3.6 O Sorriso da Mona Lisa.....	36
3.7 O Corpo perde a alma.....	37
3.8 A Perda do Corpo.....	40
3.9 A Perda da Imagem do Corpo.....	44
3.10 Os Novos Jogos de Verdade.....	45

CAPÍTULO III

4 O NASCIMENTO DA CIRURGIA ESTÉTICA	48
4.1 Primórdios.....	48
4.2 Os Anos da Mudança.....	51
4.2.1 O Dispositivo de Sexualidade vai ao Cinema.....	53
4.2.2 A Revolução Sexual.....	53
4.3 A Medicalização da Beleza.....	56
4.4 O Século XXI.....	60

CAPÍTULO IV

5 A INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO DISCURSO DA

MEDICINA	62
5.1 Especiarias e Boticas.....	62
5.2 O Início da Indústria Farmacêutica.....	63
5.3 O Equilíbrio dos Humores.....	64
5.3.1 O Fim da Infância.....	65
5.4 O Biopoder Farmacêutico.....	68
5.4.1 Uso de lobby político.....	70
5.4.2 Financiando e aproveitando tudo.....	70
5.4.3 Alterando a percepção e fabricando novas doenças.....	71
5.4.4 Propaganda direta e disfarçada.....	72
5.5 Controle.....	73

CAPÍTULO V

6 A Medicina Preventiva	75
6.1 A Medicina Preventiva.....	76
6.2 Disciplinarização da Saúde.....	77
6.3 O Discurso da Saúde, a articulação da medicina, entre Biopoder e Disciplina.....	79
6.4 A Quebra do Sigilo Médico:.....	81

Capítulo VI

7 A Medicalização da Alma	85
7.1 Disciplina.....	85
7.2 O Nascimento da Medicina “Alternativa”.....	86
7.3 A Medicalização da Sociedade.....	88
7.4 A Disciplinarização da Alma.....	90
7.5 O Fim da Medicina Alternativa.....	95
7.6 Governamentalidade: A Medicina Como Articulação entre Disciplina, Lei e Dispositivos de segurança.....	94
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	103

INTRODUÇÃO

Como pode este palco conter os vastos campos da França?
(SHAKESPEARE W. 1975, p.489)

Pode esta dissertação esgotar o assunto do discurso da saúde? Pode ela satisfazer todas as premissas da filosofia e da medicina ao mesmo tempo? Não, pois o saber nessas áreas, devido ao grande volume de conhecimento acumulado, torna-se cada vez mais especializado. As teses cada vez mais examinam, com mais profundidade, aspectos mais restritos de cada área. Assim caminha o conhecimento. Contudo, disciplinas como a filosofia e a medicina podem ser separadas? De forma alguma. Elas estão fortemente ligadas. Estes pontos de contato, influência e afinidade merecem ser mais estudados. O objetivo desta dissertação é indicar uma série de pontes que ligam a filosofia, a medicina, a sociedade e, neste sentido, como se dá a constituição do sujeito atual. Uma visão assim abrangente pode pecar pela forma ou tratar alguns aspectos com superficialidade. Porém, tal visão é necessária para fazer um mapa mais amplo do problema ou salientar os pontos de comunicação entre as disciplinas. Por outro lado, só se tratadas superficialmente, estas disciplinas são consideradas como separadas e estanques. Será a filosofia uma disciplina destacável de outras, como a matemática, física, biologia ou medicina?

Adoto a crença de que é possível refletir filosoficamente sobre tudo. Na cadeira em que eu sento, vejo a padronização métrica e a revolução industrial. Vejo também as idéias de Aristóteles, Bacon e Newton, uma série de pensamentos e noções que o homem adotou e com as quais foram possíveis os desenvolvimentos para fabricá-la. Uma série de filosofias tornou-a possível.

No caso da medicina este fato é mais importante. Esta disciplina é baseada em filosofias que a modelam. A medicina atual, que se costuma considerar como “completa”, ligada ao método científico, também será mudada por novas filosofias. Portanto, será objetivo desta tese refletir sobre alguns aspectos dessa relação entre filosofia e medicina.

A revisão histórica contida nos capítulos, embora seja baseada em fatos reconhecidos, está estruturada de uma forma particular. A intenção foi manter a análise no nível dos discursos sobre a saúde em cada época, e não procurar a essência de cada período. Muitas vezes a análise difere de outras abordagens (*). Isto se dá pela tentativa de recontar a história pela perspectiva foucaultiana, o que traz novos olhares, às vezes originais. Pois: “... creio que a atividade filosófica concebeu um novo pólo, que se caracteriza pela questão permanente e perpetuamente renovada: quem somos nós hoje em dia?” (FOUCAULT 2001b, p.1633).

Procurei afastar-me de julgamentos de valor em prol desta metodologia. A intenção é mostrar como se deu a formação do discurso da saúde. Não julgar o que é verdadeiro e falso em termos de uma metodologia interna da medicina. Na maioria das questões, procuro mostrar que o próprio progresso e desenvolvimento médicos, que trazem tantos benefícios, carregam necessariamente e indissociavelmente pontos negativos e prejudiciais, e vice versa.

O objetivo geral é a análise do discurso e das práticas de saúde, na perspectiva de Foucault. O método utilizado é o estudo histórico dos dispositivos e das tecnologias discursivas e não discursivas, que Foucault chama de genealogia. Entram aí as noções de saber, poder e verdade, no campo das ciências médico-biológicas.

(*) Usualmente no Brasil as maiorias dos trabalhos sobre a história da medicina, da farmácia e da medicina estética apresentam um relato de grandes personalidades, em uma progressão contínua aos dias atuais, que seriam o ápice do desenvolvimento. Por outro lado repetem-se *ad nauseam* interpretações inteiramente ideológicas. Nestas há um grande reducionismo ao fator econômico e uma série de outros fatos e análises são automaticamente preteridos.

São analisadas as transformações históricas que essas relações sofreram e como cada uma dessas se relaciona com o poder do discurso e das práticas médicas. Acompanhamos seu papel social, bem como o das políticas de verdade acerca do indivíduo útil, saudável, normal. Perguntamos como se lidou e como se identificaram doenças, sua relação com epidemias, endemias e, finalmente, com o biopoder. Nota-se também que só o levantamento histórico é insuficiente para explicar o poder e a abrangência do discurso atual da saúde.

A análise, na perspectiva foucaultiana, das práticas e das táticas dos formadores do discurso nos será fundamental.

No primeiro capítulo faremos um breve comentário sobre a perspectiva usada por Foucault. Será uma tentativa de melhor explicar a composição do trabalho. Algumas características de sua arqueologia e sua genealogia serão lembradas. As suas aplicações, para um estudo mais amplo do discurso da saúde e da medicina, serão levantadas com a ajuda de comentadores.

Na tentativa de fazer uma genealogia do discurso atual da saúde, encontramos as seguintes influências principais, divididas nos seguintes capítulos.

No segundo capítulo, será abordado o tema do cuidado de si. Que significa o cuidado de si atual? Seria o mesmo que significava na antiguidade, renascença ou iluminismo? Como se sai de um cuidado platônico de si, no qual quem cuidava de seu corpo cuidava de uma coisa que é sua, mas não de si mesmo, e chega-se num cuidado de si que forja o corpo com academia, botox e esteróides? Procuramos seguir a genealogia deste cuidado de si guiados por textos históricos e, como fio condutor, a obra de Foucault.

No terceiro capítulo, analisamos o nascimento da cirurgia estética. Seria o “Sócrates atual” do cuidado de si o cirurgião plástico? Como foi possível passar de uma medicina que procurava curar, para uma medicina cujo objetivo é a estética do indivíduo? Seguimos genealogicamente a evolução da medicina, em particular no Brasil, para explicar a enorme influência do culto à aparência no discurso atual da saúde.

No quarto capítulo, a influência da indústria farmacêutica no discurso da saúde será estudada. Dos formadores do discurso da saúde, a indústria farmacêutica é a mais insidiosa. Quando o profissional da saúde cumpre a função de legítimo sujeito do discurso da saúde, quem exerce sua influência sobre ele e sobre a pesquisa médica? Esta é uma indústria multimilionária que gasta a maior parte de seus custos em marketing, no esforço de produzir uma influência positiva de seus produtos na comunidade científica e sociedade. Para isto, a indústria traz financiamentos para: educação, congressos, atualizações científicas e pesquisas. Devido ao seu enorme poder monetário e ao tipo de estratégia usado pela indústria farmacêutica, ela demonstra fazer parte inextrincável do biopoder atual, pois a indústria farmacêutica, como o biopoder, baseia-se não em territórios, e sim em populações. Ela estuda e aplica seus produtos de acordo com as constantes e regularidades estatísticas, normas ou variáveis populacionais, e também porque é uma indústria que comumente se associa e oferece apoio aos mecanismos de segurança dos Estados.

No quinto capítulo, o fenômeno discursivo da medicina alternativa será seguido até suas bases estratégicas. Nota-se atualmente um grande aumento no interesse pela medicina alternativa. Contudo, que estratégias se encontram neste tipo de discurso da saúde? Qual a alternativa que nos é oferecida? Analisaremos este discurso apoiados na análise de Michel Foucault. O suplício do corpo foi abandonado, modernamente, pelo suplício da alma. A medicalização, sem abdicar do corpo, que é campo da medicina tradicional, irá apropriar-se

da “alma”, via medicinas complementares ou alternativas. Veremos como o domínio da medicina e da doença se tornaram um espaço privilegiado para o desenvolvimento e para a fabricação de si mesmo. E, ao contrário do discurso prevalente na nossa sociedade, as medicinas alternativas são estratégias de uma medicalização mais abrangente. Para entender estas estratégias, explicamos a função da medicina como articuladora entre a disciplina e a governamentalidade (*), uma ponte de ligação entre o discurso do biopoder e os dos corpos úteis. Concluímos que, com uma série de evidências históricas, podemos delinear a formação do discurso atual da saúde. Várias de suas incongruências têm os seus pontos de origem avaliados.

O significado do “cuidar de si mesmo” mudou durante as diversas fases da história. Os sujeitos e objetos discursivos do cuidado de si mudaram, criando novos saberes. Com isso privilegiaram novas relações de poder e saber.

O discurso que visava ao cuidado com a alma, atualmente prestigia a aparência e a estética. As práticas sociais dos anos sessenta, a evolução das tecnologias que representam a imagem do corpo e o progresso médico pós-guerras fundaram o campo onde apareceram novos saberes como o marketing e a cirurgia estética.

O poder e abrangência do discurso da saúde podem ser explicados pela função que a saúde e a medicina desempenham na atualidade. Estes ligam a disciplina dos corpos à governamentalidade. Tentaremos mostrar como o discurso sobre a saúde articula os mecanismos de segurança à camada disciplinar e, até à lei. E que a medicalização progressiva da nossa sociedade ordena o espaço para constituição do sujeito atual.

(*) traduzido do neologismo *gouvernementalité* de M. Foucault.

CAPÍTULO I

2. SOBRE A PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

2.1 HISTÓRIA DA MEDICINA

A relação entre medicina e filosofia em Foucault é fundamental. Ao analisar a constituição do sujeito moderno ele vê a influência velada, porém essencial, das estratégias da medicina. Essas permeiam as relações da produção do saber e as táticas de poder na nossa sociedade. Foucault também revela que as funções da medicina na nossa sociedade vão muito além de curar doenças.

A relação entre a medicina e a filosofia remonta à própria emergência da filosofia grega. Muitos filósofos foram médicos, assim como filósofos discorreram sobre a medicina. Somente em Foucault veremos a análise de forças do biopoder moderno, entrelaçadas pelo cuidado da vida, ligadas à medicina. Esta é considerada quase sagrada, baseada no método científico. A medicina é chamada atualmente para orientar a pedagogia de crianças, a arquitetura de cidades e até para produzir padrões de conduta e ética. Suas estratégias tornaram-se tão abrangentes que a sociedade e a constituição do indivíduo se encontram quase totalmente medicalizadas. O sujeito moderno para se constituir, não chama mais Sócrates para revelar sua ignorância, ou o iluminado kantiano para emancipar-se, nem mesmo o sacerdote para redimir seus pecados. É com a ajuda do médico, do psiquiatra, do terapeuta alternativo, e até do cirurgião plástico, que ele tenta constituir-se como sujeito normalizado. É sobre algumas destas questões, acerca das quais a história da medicina poucas vezes se pronuncia, que queremos discorrer nesta dissertação. Tentaremos explicar, com a ajuda dos textos foucaultianos, alguns desdobramentos destes mecanismos.

Como analisar a história recente da medicina e seus efeitos no discurso da saúde? O discurso da saúde não carrega necessariamente uma verdade científica. Ver uma continuidade desde a época antiga aos nossos dias, como progresso contínuo, nos levaria a glorificar o presente e a ridicularizar o passado. E, como consequência, ao se chegar ao futuro, o presente pareceria incongruente. Como podemos avaliar os progressos que se dão

em diferentes epistemês, grandes redes organizadoras do saber, e em contextos históricos diferentes? Como desprezar a sangria, quando não se conhecia a circulação do corpo, e a ciência se atinha aos humores corporais? Podemos também fazer um levantamento de grandes médicos, um apoiado no outro, em direção à verdade absoluta; esses são os mais comuns. Contudo, outras influências sociais, econômicas, políticas e governamentais passariam despercebidas. Teríamos uma história mítico-lendária de heróis, com pouco contato com a realidade. Não podemos esquecer que a medicina exerce outras funções além de curar doenças, Foucault coloca com propriedade o seguinte:

A medicina na nossa sociedade funciona como uma prática individual face a face, de diálogo médico-doença e protegidos por segredo. Uma das grandes funções da medicina em nossa sociedade é de manter, reconduzir de dar suporte a todas as diferenças, todas as segregações, todas as exclusões que podem existir. Após o século XVIII é função da medicina psíquica, psiquiatria, psicopatologia, neurologia de tomar as rédeas da religião e transformar o pecado em doença. Manter os tabus da moral. Quando alguma moral é atacada a medicina se coloca na linha de frente para contra ofensiva. A medicina age como guardião da moral. Definir o que é normal ou não, o que é lícito e ilícito, o que é crime ou não, o que é charlatanismo e prática perniciososa. Uma função judiciária. (FOUCAULT, 2001a, p. 1248)

Os escritos de Foucault são lastreados pela visão histórica dos modos de entendimento dos problemas tratados. Sua filosofia é o arcabouço onde se coloca a história para a compreensão do que não é evidenciado na simples descrição temporal dos eventos. Seu método é antes de tudo uma ferramenta que ele gostaria de ver utilizada até mesmo em outros campos.

2.2 O DISCURSO

Na “Arqueologia do saber”, onde expõe a sua perspectiva de análise, Foucault primeiramente apresenta seu conceito de *enoncé*, que chamaremos aqui, enunciado.

Segundo Araújo (2001, p.57), os enunciados formam as práticas discursivas, que formam as epistemês, que formam o conhecimento da época. Os enunciados não são só frases gramaticais, pois lugares, documentos e árvores genealógicas podem ser enunciados. Não são proposições lógicas, pois a análise do discurso não se interessa em saber se as proposições de uma ciência da época são verdadeiras ou falsas. E não são somente atos de fala, pois:

Para haver ato de fala pode ser necessário mais que um enunciado. Sem enunciado, um ato de fala não tem efeito. Esse efeito reporta-se a um autor; o autor de uma formulação (ato de fala) é especificável, e o que diz é dito em circunstâncias únicas, que não se repetem. Já os enunciados se repetem e o lugar do sujeito é um vazio a ser preenchido. (ARAÚJO, 2001, p. 59)

Os enunciados funcionam dentro de uma prática discursiva. Esta prática é prestigiada quando produz verdade. O prestígio na nossa época é pela verdade produzida pela ciência. O sujeito do discurso é aquele que pode usar esses enunciados em função de um treinamento técnico sobre o assunto. Portanto, seria o “sujeito do discurso” o médico, ao falar da saúde; o psiquiatra ao falar da loucura; o cirurgião plástico, ao falar da beleza corporal etc. Nota-se que o sujeito não é pessoa, mas lugar a ser preenchido, ou função. Este lugar é privilegiado. Seu ocupante, por ter um conhecimento, um saber, possui um poder. O detentor deste poder, baseado no seu conhecimento e, no nosso caso, lastreado pelo método científico, pode produzir a verdade da nossa época. Ou seja, para falar de loucura na nossa época chama-se o psiquiatra, que profere uma verdade baseada nas pesquisas e estatísticas científicas. A visão da loucura é completamente diferente da que um monge teria na idade média, onde o louco poderia ser considerado um profeta e não um doente.

O discurso é, pois, uma prática que obedece a determinadas regras, relativas a essa mesma prática e não impostas por alguma consciência transcendental. Foucault não pretende fazer a história do referente, por exemplo. Determinar quem era o louco, como era sua loucura, se feiticeiros eram também considerados loucos, nem se um diagnóstico psiquiátrico é procedente, correto, eficaz. Ao analista do discurso interessa o acontecimento, que é da ordem discursiva, de que numa certa altura o psiquiatra fosse solicitado, para, com exclusividade, ser o único a tratar a/da loucura. (ARAÚJO 2004, p.222)

2.3 ANÁLISE DO DISCURSO

Como podemos analisar o discurso? Como analisar esta necessidade de produzir e conhecer a verdade, chamada por Foucault de vontade de verdade? Foucault nos cede duas ferramentas: a arqueologia e a genealogia.

A tarefa do analista do discurso é dupla: o arqueólogo do saber localiza e descreve os discursos com práticas que dispõem as coisas para o saber (conjuntos de enunciados formulados dotados de uma materialidade específica, disposição de certos domínios, posições para o sujeito, referencial); e o genealogista do poder mostra a providência, a formação da vontade de verdade que tem produzido os discursos. (ARAUJO 2004, p.236)

O arqueologista busca seus pontos de apoio nos deslocamentos epistemológicos, as discontinuidades nos modos de pensar que propiciam nascimentos de novas disciplinas e morte de outras. As novas disciplinas ocupam espaços onde as antigas eram fracas ou escassas.

O arquivo, que para Foucault é o repertório de discursos pronunciados numa época, produz enunciados, como eventos e coisas. Nesses arquivos se buscam os arranjos na ordem do saber; que produzem objetos para o estudo de uma determinada ciência. Estes objetos são encontrados em práticas discursivas, por exemplo a loucura na época em que ela se torna distinguível como doença mental; quem se apropria dela, nessa época é o médico psiquiatra. Esses objetos arqueológicos e “sujeitos legítimos do discurso” variam em cada época.

Em cada campo do saber existe uma possibilidade de organização e classificação próprias para cada época. Estas seriam como planilhas ou grelhas onde se disporia o conhecimento. Se numa classificação medieval era possível colocar numa mesma planilha moscas, águias, grifos e dragões, por que isto é impossível na moderna taxonomia? Porque essa positividade, capacidade de um solo de saber de produzir objetos arqueológicos, é basicamente diferente. Hoje há necessidade de obtenção de um espécime palpável para que este entre na classificação. Em outras épocas apenas a semelhança entre as coisas era o suficiente para classificá-las. Portanto se moscas e dragões tinham asas, eles poderiam ser classificados juntos. Hoje o dragão só entra na classificação, se for encontrado um espécime de dragão com asas. Da mesma forma, quando a medicina só contava com um termômetro, as doenças eram classificadas por suas febres. Quando aparece uma nova positividade, como a teoria do germe, é possível uma nova classificação. Essa divisão cria novos objetos para a ciência como patógenos, vibriões e bacilos, enfim agentes etiológicos. Já não se podem misturar moscas e dragões, ou, febres (sintomáticas) com bacilos

(etiológicos), o que resolve uma série de problemas. E é claro que isso nos propõe uma série de outros, pois bacilos não explicam as doenças genéticas ou as doenças autoimunes.

Segundo Foucault esta positividade desempenha o papel de um *a priori histórico*:

Quero designar um *a priori* que não seria condição de validade para os juízos, mas a condição de realidade para os enunciados. Não se trata de reencontrar o que poderia tornar legítima uma assertiva, mas isolar as condições de emergência dos enunciados, a lei de sua existência com outros, a forma específica do seu modo de ser, os princípios segundo os quais subsistem, se transformam e desaparecem.(FOUCAULT, 2005a, p.144)

Ou seja, a história é a disposição dos arquivos que não podem ser englobados totalmente. “Eles são o *a priori* de tudo o que pode ser dito. O que alguém disse, foi algo efetivo, surgiu numa dobra da história como saber positivo e não como idéia transcendental”. (ARAÚJO, 2001, p. 65) Estes objetos do saber são produtos de transformações históricas e portanto, surgem em condições precisas, não necessitam ser reportados a busca de sua origem ou, de sua essência.

A arqueologia trata das práticas discursivas e detecta temas, objetos de estudo e conceitos. A genealogia articula estas com as demais práticas, analisando suas funções em termos de normalização, disciplinarização e medicalização. Seus objetos são os enunciados que se revestem de poder, que privilegiam o sujeito exclusivo do discurso, seus atos de fala são hierarquizados. “Essas instâncias discursivas se conectam com fatores extradiscursivos, que são fatores econômicos e sociais, os avanços e as descobertas científicas,” (ARAÚJO, 2001, p. 62)

A genealogia foucaultiana é uma tentativa de substituir uma origem metafísica inatingível, por uma emergência histórica. É um retorno ao aparecimento de saberes, com seus objetos e sujeitos de estudo, contudo sem a busca de uma essência para estes.

A genealogia procura as práticas que sujeitam os indivíduos a um mecanismo de poder/saber. Tais mecanismos são baseados em normas e padrões que possibilitam controlar o indivíduo durante toda a sua existência. “A genealogia, como análise de proveniência, está, portanto, no ponto de articulação entre o corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo.” (FOUCAULT, 2005b, p. 22) O corpo, e tudo o que o toca, é assunto para a genealogia como dieta, clima e solo.

Enquanto a história tradicional é finalista, contínua, progressiva, para o genealogista não há essências fixas, leis de base, nem verdade fundamentada em moldes metafísicos. As recorrências, os jogos localizados dispensam a busca de um sentido mais profundo, causal. Seu olhar contempla a superfície, detectando nossas máscaras, atento a detalhes, a minúcias. (ARAÚJO, 2004, p. 42).

A utilização do método genealógico é uma tentativa de escapar da armadilha da história monumental da medicina, ou seja, a história que nos dá a idéia que, desde Hipócrates até hoje, há um progresso contínuo na medicina, um caminho convergente à “verdade” que possuímos no dia de hoje. Utilizando as ferramentas de Foucault, não entramos num território desconhecido no qual teremos que desenvolver um método próprio: seus escritos, que se encontram permeados de história da medicina, serão nossas guias. O aparecimento do cuidado de si contemporâneo, e o surgimento de novos saberes, como a medicina e a cirurgia estética, nos mostrarão uma emergência diferente da visão usual.

Foucault busca a problematização desses novos saberes. Para este filósofo existem regras que constituem tanto a posição do sujeito do discurso, quanto o objeto arqueológico de um saber. O saber, por sua vez, funciona dentro de uma estrutura de poder que, devido aos registros de seu funcionamento, gera conhecimento. Esta relação entre saber e poder constrói novas relações. Quando esse conhecimento é do sujeito para si mesmo, uma nova subjetividade pode ser formada a cada época. É tarefa do filósofo desvendar estas relações, etapas e dominações.

A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos. (FOUCAULT, 2005b, p. 15)

A genealogia restabelece os diversos sistemas de submissão: não a potência antecipadora de um sentimento, mas o jogo casual das dominações. (*Idem*, p. 23).

Tomando o exemplo anterior, o da teoria do germe que dissipou o difícil problema das febres, seria tarefa do genealogista mostrar que esse conhecimento tornou possível evitar o contágio de populações por germes, como o da cólera. O isolamento de fontes de água, contaminadas pelo vibrião colérico, diminuía o número de mortes e o crescimento da doença. A eficiência do método torna-o visível para o governo. Como a população se tornou um bem a ser preservado, formaram-se leis sobre higiene e saúde pública. Daí torna-se possível o mecanismo disciplinar da peste, de contagem e classificação dos indivíduos,

quarentena e vacinação. O cuidado com a vida, que isola os doentes para proteger a população, possui tanto uma força repressiva de isolar, quanto uma força positiva fomentar a saúde na população. Este poder de dupla face, que foi definido por Foucault como biopoder, tem sua genealogia ligada a uma série de fatores. Um deles seria a própria teoria do germe.

Acreditamos ver, portanto, que existe encadeamento lógico entre a arqueologia e a genealogia. A humanidade não consegue conceber conhecimentos que não formem relações de poder.

2.4 ESTRATÉGIAS

Como pudemos ver, o sujeito do discurso, que é prestigiado por um poder, é uma função a ser preenchida. Este poder não pertence a uma pessoa, grupo ou classe social. O poder passa pelos indivíduos ao exercerem uma prática. Do mesmo modo a genealogia mostra uma série relações possíveis, mas não a causa última e verdadeira. Ou seja, o médico infectologista exerce um poder, ao escolher uma população a ser isolada em uma quarentena. Porém, no caso de que ele fique doente, por exemplo, outros médicos exercerão a mesma função. E podem até colocá-lo em quarentena por sua vez.

De outro lado, como vimos, existe uma relação entre a teoria do germe e o biopoder. Mas podemos dizer que a teoria do germe criou o biopoder? Claro que não, existem muitos outros fatores, como o aparecimento do Estado moderno, da população como objeto de estudo, da sociedade disciplinar, da medicalização da família etc.

Como estudar então este tipo de poder? Foucault o faz pelo estudo das táticas e estratégias. Estas estratégias movem-se sem estrategista.

Mostramos que as escolhas estratégicas não surgem diretamente de uma visão de mundo ou de uma predominância de interesses que pertenceriam e este ou aquele sujeito falante; mas a própria possibilidade é determinada por pontos de divergência no jogo dos conceitos; mostramos também que os conceitos não eram formados diretamente sobre o fundo aproximativo, confuso e vivo das idéias, mas a partir de formas de coexistência entre os enunciados; quanto às modalidades de enunciação, vimos que eram descritas a partir da posição que o sujeito ocupa em relação ao domínio dos objetos de que fala. (FOUCAULT, 2005a, p. 81)

Nessas estratégias, em vez de responsabilidade do sujeito formador do mundo, Foucault vê seus limites e o modo como os discursos constituem e normalizam este sujeito. Apresenta um ser dividido, disciplinado, psiquiatrizado, enfim normalizado. O sujeito é constituído pelos discursos e poderes que agem através dele. Suas possibilidades são limitadas pela época, o sujeito nasce num contexto histórico. Não é mais um cogito, ou um indivíduo transcendental, é um indivíduo sujeitado a práticas. Segundo Thomas Flynn (FLYNN 1999), que compara a metodologia foucaultiana a um mapeamento da história, a história nos constitui não como linguagem, mas como guerra, não em relações de significados, mas com relações de poder.

Foucault lê os arquivos que acumulam os discursos de uma época na forma de “monumentos”. Procura as descontinuidades nos documentos oficiais e registros de pouco brilho.

A arqueologia pode ser também um auxiliar para a pesquisa em ciências sociais. Se o cientista social fizer incidir sobre o objeto de sua pesquisa o *a priori* histórico, quer dizer, configurações não ideais de saber que são localizáveis e formam o arquivo do que foi enunciado, poderá sair do impasse da formalização. Tomar o enunciado como monumento e não documento significa que ele não está lá no lugar de algo mais profundo e essencial, demandando interpretações. Detectar as positivities do saber de uma época pode representar uma alternativa interessante para o cientista social. (ARAÚJO, 2001, p. 56)

Este tipo de análise pode ser proveitoso ao se analisar o discurso da saúde e da medicina:

Os etnólogos sabem bem que a medicina pode ser analisada em seu contexto social: este tipo de análise comporta não somente o personagem do médico – com seu poder, seus segredos, ameaças e prescrições, com a inquietude que possui – mas também as formas de sua prática e os objetos a serem medicalizados. Cada cultura define um conjunto, que lhe é particular, de anomalias, desvios, perturbações funcionais, problemas de conduta que solicitam da medicina uma intervenção e prática específica. (FOUCAULT, 2001, p. 781).

A medicina pode, neste sentido estratégico, ser considerada como espinha dorsal da nossa sociedade moderna, porque articula governamentalidade com a disciplina e com a lei. Ou poderíamos dizer que liga segurança, território e população. Qualquer mudança na medicina produz efeito nesta trama de funções menos lembradas, portanto avaliar a história da medicina, sem levar em conta estes efeitos, seria uma redução equivocada. “Não somos nada além de clientes da medicina”. (FOUCAULT, 2001a, p.1248)

Após sua obra, quando o método arqueológico e o genealógico foucaultianos foram aplicados à história da medicina, esta se tornou marco obrigatório. Fazer uma análise na área da saúde que não leva seu método em conta, pode ocorrer em ingenuidade.

Para responder ao problema do discurso atual da saúde, utilizaremos a arqueologia e a genealogia foucaultianas. Procuramos nas revistas médicas o discurso atual da saúde e o comparamos com o cuidado de si em outras épocas. Esmiuçamos nos arquivos as teses e cursos, relacionados à cirurgia no Brasil, o nascimento da cirurgia estética. Ela surgiu da cirurgia plástica, que fazia parte da cirurgia reconstrutiva do pós-guerra. Vemos nas propagandas de medicamentos a evolução do conceito de cliente da indústria farmacêutica e do uso do marketing como ferramenta estratégica. Avaliamos o discurso da própria medicina alternativa para delinear seus conceitos e objetivos. Mostraremos também uma série de acontecimentos e práticas sociais dos anos sessenta que se articulam genealógicamente com estes assuntos estudados.

Como não nos seria possível atingir o brilhantismo das obras de Michel Foucault, nos resta tentar seguir sua perspectiva. Esperamos apresentar uma tese que articule filosofia e medicina com a história. Esta, de um modo pouco utilizado no nosso país, nos lembra as idéias do mestre do biopoder.

CAPÍTULO II

O discurso atual da saúde é saturado do tema cuidar de si. “Melhorar a qualidade de vida”, “dar um tempo a si próprio”, “conhecer melhor seu corpo” são conceitos repetidos e cobrados *ad nauseam* do homem atual. Cirurgia plástica, exercício físico e dieta são os sinônimos deste “cuidado de si” atual. Uma pessoa de boa aparência física e saúde corporal é o que chamamos atualmente de uma pessoa que cuida de si mesma. Contudo, o que significa este “cuidar de si” atual? Seria o mesmo que significava na antiguidade, na renascença ou no iluminismo? Como se sai de um cuidado platônico de si, no qual quem cuidava de seu corpo cuidava de uma coisa que é sua, mas não de si mesmo, e chega-se num “cuidado de si” que forja o corpo com academia, botox e esteróides? Procuramos seguir a genealogia deste novo “cuidado de si”, guiados por textos históricos; como fio condutor, a obra de Foucault.

3. ALCEBÍADES EQUIVOCADO

A popularidade da cirurgia cosmética está se espalhando pelo mundo desenvolvido. A Coréia do Sul apresenta o maior número de cirurgias plásticas por pessoa do mundo, mas o Brasil apresenta o maior número de procedimentos cosméticos por pessoa. O procedimento mais popular na Ásia é a correção étnica de pálpebra. A Argentina possui o maior número de cirurgia de aumento de seios do mundo, enquanto no Brasil a redução é a mais popular... O Parlamento da União Européia está fixando um limite de dezoito anos para a cirurgia de implante de silicone para razões estéticas, mesmo assim triplicou o número de pais dando a cirurgia de implante como presente de graduação a adolescentes de 18 anos. (DONOHOE, 2006, p.35)

A sociedade atual criou um novo discurso da saúde associado a mecanismos de controle e esquemas próprios. Os médicos, agentes de vigilância sanitária, mídia e marketing de produtos de saúde formam uma máquina que produz um mundo “perfeito” onde os corpos devem seguir padrões específicos de normalidade e saúde.

No lugar do corpo do louco agora se isola o corpo do doente, do velho e do morto.

3.1 O CORPO DOENTE

Toda doença teria uma causa, e toda causa poderia ser evitada. Todo pequeno defeito humano, todo vício e todo mau hábito são proibidos. O corpo deve permanecer saudável. As doenças e os hábitos que podem causá-las vão sendo lentamente criminalizados.

Por exemplo, o ato de fumar estigmatiza a pessoa nos moldes do leproso na idade Média, ou louco na Clássica. Há lugares especiais isolados em restaurantes, hotéis etc, para o criminoso. Às vezes não é nem admissível a presença do fumante, como em empresas, e repartições públicas onde tais sanções são feitas por força de lei.

Como toda doença seria evitável, todo esforço possível deveria ser feito. Aparecem métodos governamentais como os de policiamento, elaboração de leis, campanhas de esclarecimento, vacinações obrigatórias e doenças de notificação compulsória. A sociedade assimila este discurso e o repete em filmes, entrevistas em canais de televisão e até no jornal do bairro. Tal é o grau de penetração de tais medidas, que os pacientes já apresentam um discurso confessional na consulta. "Abusei de gelado e fiquei com dor de garganta", "exagerei na cerveja e baixou minha resistência", "faz anos que como mal e viu no que deu". A primeira frase é sempre uma desculpa, como se fosse uma atitude ignorante não saber por que se ficou doente, e um crime ter cedido à doença.

O detentor do saber da saúde escuta a descrição do "crime", e reafirma, com o dedo em riste, o que é e o que não é permitido e propõe a "pena". Ao falar sobre as formas jurídicas Foucault observa:

O crime não é qualquer coisa relacionado com um pecado e à falta; é qualquer coisa maléfica à sociedade; é um dano social, um problema um desarranjo para toda a sociedade. (FOUCAULT, 2001b, p.1458)

A noção de periculosidade significa que o indivíduo foi considerado perigoso em nível de suas singularidades e não de seus atos; não no nível de suas infrações efetivas a uma lei efetiva, mas no nível de sua singularidade. (*Idem*, p.1461)

Consideramos um fumante como perigoso, não porque ele fumou na nossa presença, não porque ele poderá infringir uma lei antifumo; mas, pelo fato de ser fumante, ele é considerado algo maléfico e perigoso para a sociedade. Ou será por outra razão que ninguém admite que fuma numa entrevista de emprego? E após o fumo, será considerado perigoso, o álcool, o colesterol, a glicemia, o excesso de peso, o sedentarismo?

A quem cabe esta função de policiar os indivíduos para o bem da saúde?

O controle dos indivíduos não deve ser feito pela justiça em si, mas por uma série de poderes laterais, marginais à justiça, como a polícia e uma série de instituições de vigilância e correção: a polícia para a vigilância e as instituições psicológicas, psiquiatrias, criminológicas, médicas e pedagógicas para a correção. (FOUCAULT, 2001b, p.1461)

Como a medicina também exerce este poder, podemos lembrar o comentário de Foucault sobre os elaboradores do sistema penal moderno, entre eles Beccaria:

A lei penal deve somente permitir a eficaz reparação do mal que o indivíduo cometeu contra a sociedade; se não for possível, que seja garantido que este dano não seja cometido novamente por ele ou por outro. A lei penal deve reparar o mal cometido ou impedir mal semelhante ao corpo social. (*Idem*, p.1458)

Ao contrário das prisões atuais, onde as reparações foram quase completamente trocadas pelo aprisionamento, as “penas” médicas vão desde correção de hábitos alimentares, medicações de caráter purificador, e até penas de suplício e controle corporal, como cirurgias. A diferença é que a medicalização apresenta caráter altamente positivo. Como se opor a um poder que lhe oferece vida, saúde e principalmente beleza? O indivíduo pede, às vezes exige, esta forma de disciplinarização, mesmo quando há riscos:

A estimativa é que de 15 a 40% dos frequentadores usuais de academias usaram esteróides pelo menos uma vez na vida. O complexo de Adônis compreende homens que se expuseram à cardiomiopatia, arteriosclerose, hipercoagulopatia, disfunção hepática distúrbios mentais ou comportamentais devido ao uso de esteróides. (EVANS, 2006, p.45)

Transplante de face: Em novembro de 2005 cirurgiões franceses realizaram o primeiro transplante de face para corrigir uma desfiguração facial, em uma mulher de 38 anos, causada por um ataque canino. A cirurgia foi bem sucedida, contudo o procedimento obriga a receptora a tomar em caráter permanente durante toda a vida medicação imunossupressora para evitar rejeição. Estas drogas aumentarão o risco de contrair vários tipos de câncer, infecções, pressão alta e diabetes. (OKIE, 2006, p 12)

O fenômeno discursivo das medicinas alternativas, de que se vai tratar em capítulo posterior, também exerce essa função de policiamento. Exige dedicação holística e controle de corpo e alma do indivíduo. Não somente durante uma crise ou doença, o praticante

alternativo deve pensar, agir, falar, e alimentar-se seguindo as regras, o tempo todo, a vida inteira. Toda falha na terapêutica é culpa do próprio doente, que não consegue realizar minuciosamente tarefas impossíveis ou não possui a fé necessária.

3.2 O CORPO VELHO

“Em 2005, 69% dos pacientes submetidos à cirurgia cosmética, ou procedimentos minimamente invasivos possuem cinquenta e um anos ou mais” (Statistic of the American Society of Plastic Surgeons, 2005)

O envelhecimento seria antes de tudo uma doença e seriam válidas todas as afirmativas anteriores. Seria o resultado esperado de uma vida de crimes contra a própria saúde. Particularmente o envelhecer não é aceito, sua imagem não é mostrada. O corpo do velho não tem lugar para exposição, é restrito aos asilos e hospitais.

O modelo de velho da mídia é sempre um idoso que age como criança, que não “envelheceu por dentro”, ou seja, não amadureceu. Está sempre a repudiar o seu estado atual e realizar atividades incompatíveis com a da maioria dos idosos.

Não há custo caro o suficiente que não possa ser pago para evitar o envelhecimento. No intuito de permanecer com o “espírito jovem”, a alimentação deve seguir rituais estritos e o corpo submeter-se a check-up anuais, exercícios e remédios diários.

Na falha dos tratamentos anteriores, é aceito o internamento voluntário para submeter o corpo a “suplícios”, que resultarão em alteração permanente da aparência externa do indivíduo, e uma aceitação maior na sociedade.

São relatados como motivos externos a pessoa realizar uma cirurgia estética pelo desejo de evitar o prejuízo por aparência étnica; medo da discriminação pela idade; coerção indireta por esposo, parente ou chefe. Motivações internas perfazem diminuir sentimentos desagradáveis de depressão, vergonha ou ansiedade social; desejo de modificar algum aspecto desagradável; aparentar um visual mais jovem e que apresente sinais de fertilidade (usualmente em mulheres); esperança de alcançar um visual que facilite o avanço na carreira. (ALLAN, 2001, p.19).

A sexualidade, outrora crepuscular, agora apresenta “um retorno à juventude” com os vasodilatadores penianos para os homens e a reposição hormonal nas mulheres. Mesmo que tais medicações possam apresentar efeitos colaterais que vão desde cegueira e síncope para os homens até a possibilidade de câncer para as mulheres, há grande pressão social para prolongar o interesse sexual na terceira idade.

Os tratamentos médicos de prevenção e tratamento das mazelas da velhice acabam por colocar o envelhecimento na posição de doença. E se a velhice é doença, a medicina vai oferecer tratamentos e prevenções; assim fecha-se o ciclo.

3.3 O CORPO MORTO

Atualmente a morte é um assunto considerado de mau gosto, mórbido. É a consequência de não seguir as orientações anteriores para banir o adoecer e o envelhecer.

Foi transferido o morrer da casa para o ambiente hospitalar. Há diversos estudos demonstrando que com esta transferência há um aumento de sobrevivência em doenças agudas, como infarto do miocárdio e como acidente vascular cerebral. Quanto mais rápido e melhor equipado é o centro onde o paciente é levado, maior a sobrevivência e menor a extensão das sequelas. Esta melhora, porém, reflete negativamente numa medicalização do idoso e da morte, principalmente em países mais desenvolvidos: “Na região de língua alemã da Suíça a maioria das mortes ocorrem em hospitais (37.2%); há uma tendência de crescimento da morte em asilos de idosos (33.5%) e uma tendência de diminuição na morte em casa (22.7%).” (ROCKWOOD, 2004, p.64)

Há muito se foi o tempo em que a morte era a grande niveladora, representada como um cavaleiro esquelético com sua foice, que poderia aparecer a qualquer hora. A morte chegava a todos, de reis a vassallos, ninguém poderia escapar. As religiões utilizavam sua figura como lembrança da efemeridade da vida. A morte de Cristo e dos Santos mártires era representada em pinturas, vitrais e esculturas. O *memento mori* era um aviso e uma lembrança para uma vida correta, pois não se sabia a hora em que seríamos chamados deste mundo. A morte era personificada e representada, como cavaleiro, sombra ou anjo.

No século XVIII, com o aparecimento da clínica associada à anatomia patológica, começa uma grande mudança na nossa interpretação da morte. Com a dissecação sistemática

de cadáveres, houve um progresso no conhecimento da anatomia e patologia do corpo humano. No cruzamento das informações dos sinais e sintomas do doente, e a análise de seu corpo dissecado, aparecem regularidades, repetições do par: quadro clínico do paciente quando vivo e alterações teciduais no exame após a morte. A doença começa a ter sua verdade revelada na morte. A anatomopatologia começava a dissolver problemas como, por exemplo, o das febres, pois febres similares apresentavam lesões teciduais diferentes e começaram a ser classificadas como entidades distintas.

Desde o nascimento da clínica, a morte passa a ser o espelho da vida. Foucault lembra: com o nascimento da clínica foi possível fazer uma ciência do homem, baseada no indivíduo. A morte nos individualiza. Mas também revela o homem como objeto de estudo.

“É, sem dúvida, decisivo para nossa cultura que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido que passar por esse movimento da morte. É que o homem ocidental só pode se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior de sua linguagem e só se deu, nela e por ela, uma existência discursiva por inferência à própria destruição: da experiência da desrazão nasceram todas as psicologias e a possibilidade mesma da psicologia; da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo.” (FOUCAULT, 2004, p.217)

O corpo morto é identificado como objeto científico e a morte é despersonalizada como estatística. Esse corpo sem vida é representado num laboratório, onde o perito lê, como num espelho, a própria vida. Como espelho, a morte é um limite que não pode ser ultrapassado, pois nele se lê a vida para reafirmá-la. A análise do perito vai apontar os erros, as causas e os culpados. Seus dados vão evitar falhas futuras, controlar epidemias e condenar assassinos. A razão científica interpreta a morte como erro, como dado, como acidente a ser evitado e não como fatalidade da vida. Da morte não se fala sobre a perda, sobre sua inevitabilidade, sobre a dor dos que ficam, do luto ou de como se preparar para o morrer. O discurso atual sobre a morte paradoxalmente só extrai dela uma retórica sobre a vida. Esse caráter positivo da morte domina o discurso atual da saúde. O discurso religioso e metafísico sobre a morte foi colonizado pelo discurso científico-positivista da nossa época.

Toda a morte provém de uma falha e há um culpado por esta falha. Será o indivíduo por não ter obedecido às regras da saúde, ou será o médico por alguma imperícia.

Não há lugar para a morte na mídia, apesar de termos programas de saúde vinte e quatro horas por dia, e até canais específicos sobre saúde; a morte, que ocorre inevitavelmente, não aparece. Só nos fala o corpo morto, revela-nos verdades: como ocorrem desastres, como identificar vírus mortais e como prender assassinos. Quanto mais se esmiúça o corpo morto, mais se fala sobre a vida.

Eis o nosso problema. Como se formou este discurso da saúde, poderoso e carregado por saberes, que é também incongruente e hedonista? Estamos acostumados a considerar o presente como ápice da evolução dos pensamentos das ciências e da filosofia. Mas como era o discurso do cuidado de si e do corpo no mundo antigo, idade média... etc? Tentaremos fazer *grosso modo*, um resumo dos discursos do cuidado de si em outras épocas, para tentar uma visão genealógica do discurso atual.

3.4 ALCEBIADES: O CORPO A SERVIÇO DA ALMA

Após meditar sobre os comportamentos e prazeres sexuais na Antiguidade, e sua influência na moral cristã moderna na História da Sexualidade, Foucault procura uma perspectiva mais abrangente do problema na relação, tramada durante a história, entre sujeito e verdade. Encontra seu fio condutor na noção de cuidado de si, que já fora perscrutada no terceiro volume da obra citada, pois na Antiguidade era necessário o cuidado de si mesmo para elevar espiritualmente o sujeito à verdade. Como pedra angular de sua análise, procura o momento socrático-platônico em que o cuidado de si surge no discurso filosófico, ou seja, no diálogo *Alcebiades primeiro*.

Alcebiades I é provavelmente um dos primeiros diálogos produzidos por Platão. Embora seja consideravelmente mais curto que outros de seus escritos, já apresenta caracteres distintos que o situam como original e um prenúncio da *República*.

Michel Foucault aprofunda-se neste diálogo, primeiro demonstrando sua originalidade e autenticidade e, depois, coloca-o como pedra fundamental do seu livro *Hermenêutica do Sujeito*. Daí ele retira a noção do cuidado de si, que seria o objetivo em larga escala do preceito délfico “conhece-te a ti mesmo”. Traçando paralelos com os gregos primeiramente, sejam estes epicuristas ou estóicos, mostra o desenvolvimento do cuidado

de si *Epimeleia heautou*, ou em latim *Cura sui*. Este cuidado de si também será a base para ética foucaultiana a ser apresentada na História da sexualidade (vol. II e III).

Contudo de que trata o cuidado de si? No seu famoso diálogo, Platão expõe a seguinte cronologia:

Primeiro, situa Alcebiades saindo da sua juventude e perdendo sua beleza de efebo, afastado por seus antigos pares e procurado por Sócrates. Justamente, explica Sócrates, que o que lhe atrai em Alcebiades não é a beleza física e exemplifica algumas atitudes virtuosas de seu pupilo: “Até hoje vi com prazer sua atitude para com meus rivais. Tua altivez repeliu todos os vaidosos que te dedicaram...” ou ”Se um Deus te dissesse: Alcebiades, que preferes? Viver com todas as regalias presentes ou morrer se não puder aspirar a outras maiores?”. (PLATÃO, 2002, p. 30).

Segundo, Sócrates faz uma crítica ao discurso popular, neste momento sobre a justiça, de forma mordaz:

Sócrates: Diz-me com quem aprendeste?

Alcebiades: Com o povo.

Sócrates: Fraco mestre.

Alcebiades: O povo não é capaz de ensiná-la?

Sócrates: Nem de te ensinar a julgar bem um lance de jogo de tábulas, o que é muito menos importante e difícil que conhecer justiça. Não te parece?

Alcebiades: Sem dúvida.

Sócrates: E se não pode te ensinar coisas tão insignificantes, como havia de te ensinar as de tão grande importância? (PLATÃO, 2002, p. 44).

Em terceiro, revela a ignorância de Alcebiades, a importância de reconhecer o que não se sabe. Mostra também que o discurso genérico, ou de especialistas em outras áreas, lhe são inúteis para o cuidado de si. “E tu, Alcebiades, que queres fazer? Ficar como estás ou cuidar de ti?” (PLATÃO, 2002, p. 66).

Em quarto, Sócrates define, e este conceito fundamental deve ser lembrado em toda a crítica feita nesta dissertação: “Portanto, o homem que cuida do corpo cuida de alguma coisa que é sua, mas não cuida de si”. (*Idem*, p. 86).

Em quinto, afirma que o Eu verdadeiro do cuidado de si é a alma do homem. O corpo é mero instrumento desta e, por vezes, empecilho. Mostra a dificuldade de reconhecer nossa própria ignorância, de não se perder na própria análise e indulgência. Usando a metáfora de que a única superfície do nosso corpo que reflete o outro são nossos

olhos, responsáveis pela visão, tece a necessidade de um mestre, de outra alma para refletir-se, para o ver-se a si mesmo e o cuidar de si. Finalmente Sócrates concorda com o pedido de Alcebiades de realizar esse papel de guia.

Foucault salienta os seguintes pontos:

Sócrates retoma uma tendência antiga. Foucault cita o início do cuidado de si a partir de uma tradição lacedemônia que diz que os espartanos relegavam várias funções para seus empregados, para ter mais tempo para o cuidado de si.

Na *Apologia*, Sócrates lembra que é uma função divina a de incitar os homens a cuidar de si mesmos. Está vinculada, no *Alcebiades I*, ao exercício do poder e ao déficit pedagógico, pois o protagonista necessita adquirir uma *tékhnē* para exercer a função de governante. Aprender sobre as próprias deficiências e sobre o que se ignora é fundamental. Há limites para o cuidado de si: nem todos têm as condições para cuidar de si mesmos; muitos não têm esta capacidade e outros não possuem esta vontade.

A epimeléia heautoû é uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo...é certa forma de olhar...também designa ações que são tomadas para consigo mesmo...designa precisamente o conjunto das condições de espiritualidade, o conjunto das transformações de si que constituem a condição necessária para que se possa ter acesso à verdade... Postula a necessidade de que o sujeito se modifique, se transforme, se desloque, se torne, em certa medida e até certo ponto, outro que não ele mesmo para ter acesso à verdade. (FOUCAULT, 2001, p. 12).

Foucault afirma que este tipo de conhecimento, em que o sujeito evolui para ascender ao saber, foi central durante quase um milênio na cultura antiga. Sua tematização no panorama filosófico se deve a Platão. Este tipo de conhecimento era central para Platão, formando até sua cosmogonia: “Mas para Platão... o universo já não nasce do automatismo da *physis*, mas da racionalidade da alma; e a alma, como princípio primeiro, anterior a tudo identifica-se à *physis*.”(HADOT, 2004, p. 30).

Para a filosofia antiga não bastava o estudo de textos; vivia-se na escola filosófica, adotavam-se seus costumes. Era necessária uma vida virtuosa. O discurso filosófico representava um modo de vida. Este conhecimento não era transferível. Pierre Hadot lembra que no *Banquete* Sócrates afirmava que a sabedoria não é como um vaso cheio que escorre para um mais vazio; era necessário o próprio esforço do indivíduo para ascender ao conhecimento. Sócrates apresentava sua maiêutica, método onde o diálogo, que é

conduzido pelo mestre, acaba por fazer seu interlocutor produzir a verdade por si mesmo. A filosofia e o estilo de vida eram indissociáveis; por isso Sócrates afirma para Hípias que sua filosofia fala não por palavras, mas por atos. Não causa espanto o filósofo preferir a morte a renunciar a seu modo de vida, o que acaba por acontecer a Sócrates. O discurso hedonista não tem lugar aí. Sócrates declara: ‘Não há, para o homem bom, nenhum mal quer na vida quer na morte’. Isso significa que todas as coisas que parecem males aos olhos dos homens como morte, doença e pobreza não são um mal para ele. A seus olhos, há somente um mal, a falta moral”. (HADOT, 2004, p.64). A verdade não é um estado, mas sim uma produção, um esforço contínuo: ”A transformação de si jamais é definitiva. Exige perpétua reconquista”. (*Idem*, p.65).

O conhecimento era evolução espiritual, transformação de si, trabalho para exercícios espirituais: “Sócrates examina a relação com a verdade da existência dos demais, ao mostrar-lhes que precisam cuidar de si e dos outros, o que exige transformação significativa da maneira de viver. Não há cuidado com a verdade sem mudança no modo de vida”. (*Idem*, p. 89)

O limite do conhecimento, como evolução da alma, foi experimentado pelos céticos que não possuíam dogmas ou obras escritas, e sim um modo de vida; nenhum ensinamento senão seu exemplo. Foi posteriormente desenvolvido entre os epicuristas e atingiu seu ápice com os estóicos.

Para os estóicos o cuidado de si era um modo de preparar-se para o mundo e seus infortúnios, buscava uma ação ética e equilibrada. Uma série de exercícios e textos era trabalhada até fazer parte do indivíduo. Como um estojo de um cirurgião sempre a mão para necessidade, como dizia Marco Aurélio, o equipar-se para existência era chamado de *Paraskeué*. Encontra-se aí a diferença fundamental do processo platônico. Em vez de olhar para si e encontrar a verdade, para o estóico a verdade pode ser encontrada numa obra ou exercício. A verdade será calcada no sujeito, para fazer parte dele, e ajudá-lo em caso de infortúnio. Para Epictetus este cuidado é recheado de conotações médicas e terapêuticas: “Homens, o anfiteatro do filósofo é um hospital; você vem não em estado de prazer, mas em dor...uns vem drenar um abscesso, outros colocar um membro no lugar” e “Vazio é o discurso filosófico que não cuida de nenhuma afecção humana”. (EPITCETUS, 2000, vol.II, p.181)

Curiosamente, o estado de uma pessoa que segue à risca os ditames do discurso da saúde atual encontra uma boa definição de seu estado em Sêneca (2006, p.345), na sua *Carta 52 a Lucílio e de tranquillitate* (SÊNECA 2001, p.23). Seu estado seria definido como *stultitia*. Ou seja, uma agitação do pensamento que em nada se fixa, um querer várias coisas ao mesmo tempo. Desejar algo e ao mesmo tempo lastimar-se das conseqüências disto. Chegar ao envelhecimento sem estar preparado mentalmente. É o estado de quem não teve cuidados consigo mesmo, que não desenvolveu sua alma. Para os estóicos os cuidados com o corpo e a saúde não são um mal; contudo não podem ser o objetivo final da vida também.

Os neoplatônicos deram maior importância ao diálogo *Alcebiades I*, nomeando-o portal e resumo da obra platônica. Relacionam três vínculos entre o cuidado de si e cuidado dos outros. Primeiro, cuidando de mim praticarei a *kátharsis* (no sentido de purificação) e poderei cuidar dos outros, denotando uma finalidade política. Em segundo lugar, fazendo um bem a mim, faço um bem à cidade e, como faço parte desta cidade, existirá aí uma reciprocidade. E em terceiro, há um vínculo de implicação essencial, ou seja, no ato de olhar a própria alma, lembra-se o que ela sabe e, ascende-se às verdades que permitem fundar a gestão e justiça da cidade. A diferença fundamental do platonismo é que para Platão o político e o catártico não são separados.

Já o modelo cristão é ligado à verdade dada pelo texto e pela revelação, o indivíduo deve purificar-se, na relação consigo, para compreender-se. O penitente deve fazer uma exegese de si, reconhecendo as tentações e dissipando as ilusões. E finalmente a renúncia de si como objetivo final. Tornar-se um vaso para ser preenchido pelo divino, renunciar à própria vontade para ser ocupado pela vontade de Deus. “Nós temos a herança da moral cristã que faz da renúncia de si mesmo condição para a salvação”. (FOUCAULT 2001 b, p.1607)

Na Idade Média, para ascender espiritualmente, era comum o uso de exercícios corporais de penitência, de mortificação e de purificação. O corpo, receptáculo impuro da alma, era subordinado a esta e ao conhecimento.

“Partes corporis inhonestas et peccata imunda atque turpia.”
(HUIZINGA, 1978, p.146).

A mudança dos objetos de estudo e da moral, do divino para o humano, da Idade Média para a Renascença foi uma batalha. A melhora econômica e de qualidade de vida, principalmente entre os intelectuais, vai produzir uma tensão entre a rígida moral medieval e o desejo de aproveitar os prazeres terrenos. Num dia Botticelli pinta lindas mulheres nuas em comemorações pagãs primaveris; no outro, após a pregação do reformador dominicano Savonarola, queima seus quadros em contrição. Mulheres abusam de cosméticos e maquiagens, todavia os moralistas afirmam que a beleza só pode vir de Deus, que truques e artifícios seriam obra do demônio. “O orgulho, portanto, que é um pecado simbólico pelo fato de provir, em última análise, do orgulho de Lúcifer, autor de todo mal, reveste-se de um caráter metafísico”. (THOMAS DE AQUINO apud HUIZINGA, 1978, p.28)

3.5 O RETORNO DA BELEZA

Ao resgatar os valores greco-romanos, o Renascimento deveria retomar, portanto, o cuidado de si como elevação do espírito, como fora na antiguidade. Porém não foi isto que aconteceu. É fácil detectar uma continuidade no pensamento, tecnologia e filosofia entre a idade média e o renascimento. Pode-se colocar o renascimento como e ápice da idade média, ou que as sementes lançadas na idade média floresceram no renascimento.

Sucedem que o fato comum às várias manifestações daquele período se mostrou inerente mais aos elos que as ligavam ao passado do que aos germes que continham no futuro. O significado, não só de artistas, mas também de teólogos, poetas, cronistas, príncipes e estadistas, podia ser bem apreciado se fossem considerados não como precursores de uma cultura vindoura, mas como agentes de aperfeiçoamento e conclusão de uma cultura antiga. (HUIZINGA, 1978, p. 11)

Todavia há uma descontinuidade nos objetos dessas culturas, desce-se do divino, pela via do realismo como em Van Eyck, para o humano. (Huizinga 1978, p185). A grande mudança que permite os historiadores dividir estas duas épocas é o humanismo. Há uma valorização do homem e um reencontro da cultura greco-romana.

Ressurge a beleza do ser humano como objeto que, por si só, pode ser motivo de pintura, música ou poesia. No renascimento, “os seres humanos já podem ser obras de arte”. (McMAHON, 2006, p.159) Há uma rejeição do ascetismo e culto do sofrimento.

Até mesmo o insano, segundo Foucault na *História da Loucura*, passou de uma imagem trágica e inevitável, para uma figura que apresenta uma sabedoria crítica não convencional. Acompanhada de certa comicidade, como a de tentar um regresso para idade média com seus códigos de cavaleiros em *Dom Quixote* ou, num lento degenerar, como na demência do *Rei Lear*.

Nesta época há também o embate entre o cuidado de si como evolução espiritual e o cuidado de si como melhora da aparência; entre os dois, existe uma tensão contínua, porém não é admissível um sem o outro. “Também é raro que uma alma má habite um belo corpo, e é por isso que a beleza exterior é o verdadeiro sinal da beleza interior” (CASTIGLIONE *apud* VIGARELLO, 2006, p.27)

A invenção da imprensa facilitou a circulação de idéias e fundamentou a reforma protestante. Permitiu que os textos escritos, sejam eles clássicos traduzidos pelos homens do renascimento do grego, sejam romances e poesias populares, fossem difundidos.

Há um grande desenvolvimento do comércio: “No fim da idade média as condições de poder alteraram-se pelo acréscimo da circulação da moeda e o ilimitado campo aberto a quem desejasse satisfazer sua ambição de acumular riqueza. Para esta época a cobiça torna-se o pecado predominante”. (HUIZINGA, 1978, p. 28)

Do desenvolvimento econômico surge o mecenas, o patrocinador das belas artes. No meio deste progresso material e de conforto, os intelectuais começam a ver a possibilidade de ser feliz ainda neste mundo, e daí a necessidade de justificar-se.

Assim como a incorporação de Aristóteles aos ensinamentos da igreja por Tomás de Aquino tinha mitigado o impacto do pecado original, criando um espaço para o cultivo de uma felicidade natural em terra, o relacionamento íntimo do Renascimento clássico abriu caminho para novas reflexões sobre o potencial da felicidade em vida. (McMAHON, 2006, p.164)

3.6 O SORRISO DA MONA LISA

Na visão medieval do Criador e da Sua obra, a beleza era ferramenta para retratar o divino. Os mais belos adornos, as mais minuciosas iluminuras retratam anjos e santos.

Embora na retratação de assuntos sérios, como o martírio dos santos, não seja possível retratar a felicidade ou o sorriso, anjos e santos podem sorrir devido à sua beatitude. O ser humano quando retratado, é em uma ocasião solene; um retrato de nobres e reis demonstrarem suas qualidades e têmpera. Mostram-se sisudos. “A beleza era necessária porque o motivo era sagrado ou porque a obra tinha um destino elevado”. (HUIZINGA, 1978, p. 223)

Descoberta por Euclides, e reverenciada pelos pitagóricos, Fi ou 1,6180339887... é a razão numérica que se encontra na espiral do caracol e do nautilus, nas folhas das flores como do girassol e até na reprodução de animais como coelhos. Lucca Pacioli escreve a obra *Divina Proportioni* em 1509 que, ilustrada por Leonardo da Vinci, descreve Fi , a Razão Áurea, como uma proporção da beleza divina, uma prova do dedo de Deus no desenho do mundo. Portanto a beleza do corpo humano, as artes e arquitetura, para serem perfeitas, deveriam ter tal proporção matemática. (Lívio 2006).

No Renascimento, ao admitir a possibilidade de felicidade, o sorriso do indivíduo comum é possível. “Nos séculos XV e XVI os artistas, porém, começaram a retratar os sorrisos laicos”. (McMAHON, 2006, p.170) Contudo, quando sorri, a Mona Lisa tem o rosto literalmente proporcionado pela matemática divina. A paixão pela beleza do corpo humano e de sua representação nas obras de arte encontra um campo diverso da cultura greco-romana. A padronização sistemática do corpo do homem aparece com o renascimento. A primeira edição em grego do *Corpus Hipocraticum* de 1526 e da tradução da *Terapêutica* de Galeno em 1519 faziam dos dois médicos as autoridades no entendimento, e no cuidado, com o corpo. Porém após séculos de confiança cega nos descritos de Galeno, que eram interpretados como textos sagrados, Andreas Vesálius na universidade de Bruxelas começa a realizar disseções sistemáticas do corpo humano. Anatomista brilhante, cercou-se de artistas que puderam perpetuar sua obra. Após uma série de polêmicas, demonstrou que boa parte das informações de Galeno era baseada em disseções de animais, cujas diferenças com a anatomia humana eram gritantes. Guardava cadáveres de animais para mostrar as diferenças para os incrédulos. A arte perdurou seu trabalho e Vesálius, em um círculo virtuoso, proveu os artistas de subsídios anatômicos preciosos. “O domínio dos princípios da perspectiva no século XV permitiu que a nova arte da ilustração anatômica fosse possível”. (MANGER, 2005, p. 204) Por outro lado, de que

adiantava a experiência de Hipócrates ou Galeno, em novas doenças e ferimentos como os produzidos por armas de fogo?

William Harvey resolveu a questão que atormentava médicos, filósofos e fisiologistas há milênios. Com uma série de experimentos demonstrou o mecanismo da circulação sanguínea. As teorias em que a pneuma fazia parte do sistema cardiovascular, nas quais o coração seria um receptáculo para alma, caíram por terra. Ambroise Paré também desafiou com sucesso esses cânones médicos, ao usar a experiência acima dos textos clássicos para tratar seus doentes. O corpo humano foi transformado lentamente em uma máquina, da qual possuíamos, pelo menos em parte, compreensão.

3.7 O CORPO PERDE A ALMA

Quando Galileu começa a pesquisar as relações entre variáveis como altura e tempo da queda de um objeto ele não visa ascender sua alma a um conhecimento. Ele procura a relação entre essas variáveis entre si. Esta proporção deve ser universal para qualquer observador. Desde que estejam no vácuo, objetos de pesos diferentes caem ao mesmo tempo, com aceleração constante, e a velocidade proporcional ao quadrado do tempo de queda. Galileu, ao contrário de Aristóteles, não procura as causas do fenômeno ou seu motor primeiro e sim uma física quantitativa, matemática.

Galileu (1564-1642) irá substituir esta imagem do cosmo e este método demonstrativo por uma física cujo método alia a observação dos fenômenos tais como eles se dão, sem especular sobre suas causas, a uma linguagem matemática, que traduz relações observadas e ao mesmo tempo permite ver na realidade não fenômenos isolados, mas relações. (ARAÚJO, 2003, p.30)

A valorização da experiência por Francis Bacon, e do uso da matemática como base rigorosa por Descartes, acabam por modelar o método chamado científico. Escapa-se de uma situação passiva: “Com o método experimental a ciência passa ter poder, a ter domínio sobre as forças naturais” (*Idem*, p.156)

O cuidado de si, como cuidado da alma, foi sendo esquecido no que Foucault chama de “momento cartesiano”. O sujeito era capaz de conhecimento fora da sua alma

representando-o. “O sujeito é capaz em si mesmo e unicamente por seus atos de conhecimento de reconhecer a verdade e a ela ter acesso” (FOUCAULT, 2001, p.19).

As origens deste momento cartesiano foram lentas e sutis:

Minha idéia então é que tomando Descartes como marco evidentemente, porém sob o efeito de toda uma série de complexas transformações é chegado um momento em que o sujeito como tal tomou-se capaz de verdade. É claro que o modelo da prática científica teve um papel considerável: basta abrir os olhos basta raciocinar com sanidade de maneira correta e mantendo constantemente a linha da evidência sem jamais afrouxá-la e seremos capazes de verdade. Portanto não é o sujeito que deve transformar-se. Basta que o sujeito seja o que ele é para ter pelo conhecimento, um acesso à verdade que lhe é aberto pela sua própria estrutura de sujeito. Parece-me então ser isto que de maneira muito clara encontramos em Descartes a que se junta, em Kant, se quisermos, a virada suplementar que consiste em dizer: o que não somos capazes de conhecer é constitutivo, precisamente, da própria estrutura do sujeito cognoscente, fazendo com que não o possamos conhecer. Conseqüentemente, a idéia de uma certa transformação espiritual do sujeito que lhe daria finalmente acesso a alguma coisa à qual não pode aceder no momento é quimérica e paradoxal. Assim, a liquidação do que poderíamos chamar de condição de espiritualidade para o acesso à verdade, faz-se com Descartes e com Kant; Kant e Descartes me parecem ser os dois grandes momentos. ”(FOUCAULT, 2001, p. 183).

Justamente as ciências que produziram a nossa *tékhnē* foram de fundamental importância nesta mudança:

A teologia é precisamente um tipo de conhecimento de estrutura racional que permite ao sujeito - enquanto sujeito racional e somente enquanto sujeito racional ter acesso à verdade de Deus, sem condição de espiritualidade. Tivemos em seguida todas as ciências empíricas (ciências da observação), etc. Tivemos as matemáticas, enfim, uma quantidade de processos com resultados. Isto quer dizer que a escolástica, de modo geral, já era um esforço para revogar a condição da espiritualidade que havia sido estabelecida em toda a filosofia antiga e em todo o pensamento cristão (Santo Agostinho e assim por diante). (FOUCAULT, 2001c, p.184).

A tecnologia que sofreu tanto progresso, como no caso da medicina, foi uma das responsáveis pelo deslocamento do eixo da verdade. Isto acarretou a possibilidade de acumulação de conhecimentos disponíveis e não exige que o fornecedor desses conhecimentos seja ético. A observação sistematizada dos dados empíricos foi valorizada e o observador agora pode ser anônimo.

Na medicina o foco foi colocado no corpo, na alteração que a doença causa nele. Isto trouxe enorme progresso; tornando a medicina empírica, cumulativa e aberta a qualquer tipo de conhecimento. Desde que o conhecimento atinja os objetivos de uma

metodologia científica, como ser provável estatisticamente, convergente, verificável, simples e reproduzível.

Tais elementos formaram o modelo científico hipotético dedutivo. As hipóteses levantadas pelo cientista são colocadas em experimentações que obtêm dados empíricos; estes são organizados com o auxílio de uma “ciência não empírica” como a matemática, e serão comprovados ou refutados.

Quem fez a definitiva separação do corpo e da alma, e indiretamente da possibilidade de outro modelo de cuidado de si, foi Kant. O seu texto *Sobre o órgão da alma (1796)* demonstra que o foro da medicina, anatômico-fisiológico, e o da filosofia, psicológico-metafísico, se dão em planos diferentes. Procurar anatomicamente a alma seria absurdo, uma pergunta mal formulada. Kant apresenta a questão de modo que o médico, na sua dissecação, está por analisar anatomo-fisiologicamente o que já foi um ser humano, não há perigo de agredir metafisicamente o indivíduo. Por outro lado esta mudança possibilita um discurso da saúde e do cuidado de si hedonista. O cuidado com o corpo pode seguir independente do cuidado da alma.

A divisão entre corpo e alma, e a conseqüente a mudança do eixo do acesso à verdade, mudam o significado de expressões como cuidar de si, bem-estar e qualidade de vida. O cuidado de si pode ser o cuidado com o corpo ou com sua vida, valores, existência:

Em todo caso, o que gostaria de assinalar é que, de qualquer maneira, quando vemos hoje a significação, ou antes, a ausência quase total de significação e pensamento que conferimos a expressões - ainda que muito familiares e percorrendo incessantemente nosso discurso, como: retornar a si, liberar-se, ser si mesmo, ser autêntico, etc. -, quando vemos a ausência de significação e pensamento em cada uma destas expressões hoje empregadas, parece-me não haver muito do que nos orgulharmos nos esforços que hoje fazemos para reconstituir uma ética do eu. (FOUCAULT, 2001c, p. 241).

No nosso senso comum, é como se um amante vaidoso cuidasse de Alcebiades. Em vez de desenvolvimento pessoal, o discurso atual afirma que a beleza pode ser permanente por um preço: plástica, botox e ginástica. É necessário prolongar infinitamente a juventude, evitando condições naturais como o envelhecimento e morte. Preocupar-se com a própria ignorância é inútil. A imagem do corpo é a finalidade. O bem maior é escapar do inevitável. Alcebiades estaria equivocado por tratar o cuidado de si como um objeto externo e não uma evolução pessoal. O cuidado de si durante a época antiga, de modo geral, era um cuidado com o desenvolvimento da alma. O cuidado com o corpo era sempre um meio, nunca o

objetivo. Morte, doença e envelhecimento eram considerados obstáculos, em relação aos quais nos deveríamos preparar, ou como oportunidades de crescimento pessoal. Este tipo de conhecimento estava sempre ligado ao sujeito e sua transformação. A vaidade não era vista com bons olhos, principalmente seu excesso. Um discurso da saúde, como o atual, não seria compreendido numa época dessas. Ou seja, na época antiga desejava-se chegar a um estado moral superior como em Platão, ou num estado de felicidade suprema, a *eudaimônia* em Aristóteles e até mesmo, num estado de independência dos fatores do destino, a *ataraxia* nos estóicos. O sujeito era constituído por este tipo de discurso e práticas.

Atualmente após a disciplinarização e medicalização da nossa sociedade, a meta é atingir o estado de *homeostasia*, ponto de equilíbrio no qual o homem escapa da doença, sobre uma fina linha entre o normal e o patológico, com a ajuda da medicina e da ciência. A medicina tornou-se um lugar privilegiado, poderíamos dizer que no lugar do sagrado, e às vezes do ético, no qual o homem se constitui medicalizando-se; um “cuidado de si” moderno.

O trágico de tal engano é que os acontecimentos da vida pegam um indivíduo despreparado, sua *paraskeuê* é ausente. Constrói-se uma ilusão em que todos somos efêbos eternamente. Um mundo virtual é criado com o auxílio da mídia, um jogo de sombras numa caverna platônica. É preciso dar a mão para retirar o indivíduo desta *stultitia*. A velhice, em vez de constituir a realização final de uma vida proveitosa, é um pesadelo que nos espreita atrás de dietas e cirurgias. A doença e morte são falhas a serem evitadas, não há oportunidade de evolução naquilo que se evita de toda maneira. Pode-se cuidar do corpo por si só, sem a necessidade de ascensão espiritual. O corpo é objeto das ciências e não há mais órgão onde nele repouse sua alma.

3.8 A PERDA DO CORPO

O cuidado com o corpo após o iluminismo será problema do Estado: “As luzes que descobriram as liberdades também inventaram as disciplinas” (FOUCAULT, 2006b, p.183). A população passa a ser a maior riqueza estratégica do país. Há aumento

populacional e maior demanda por trabalho e igualdade. A educação passa a ser exigida para todos. Sem a presença do Rei, a sociedade necessita de novas normas para seu funcionamento e controle. Nasce o Estado, a Medicina social e a Polícia estatal modernas.

Em nível menos geral, as mutações tecnológicas do aparelho de produção, a divisão do trabalho, e a elaboração das maneiras de proceder disciplinares mantiveram um conjunto de reações muito próximas. Cada uma das duas tornou possível a outra, e necessária; cada uma das duas serviu para modelo da outra. (FOUCAULT, 2006b, p. 182)

Como há muitos para serem educados, cuidados e vigiados, a arquitetura será a panóptica de Jeremy Bentham. Num observatório central, um indivíduo pode vigiar e cuidar de muitos outros enclausurados em círculos periféricos. A torre central pode ver cada cela e vigiar os indivíduos continuamente. Para aumentar a presença opressiva da torre central, da cela não pode ver se há alguém realmente vigiando-a. Tanto fábricas, escolas, hospitais e prisões adotaram este tipo de arquitetura de vigilância contínua.

Kant (1993) lembra no *Conflito com a Faculdade de Medicina* a importância estratégica do cuidado com os corpos dos cidadãos para os governos da época, o que se confirmava na Áustria, Prússia, França e Espanha. O governo deveria ter total controle sobre a medicina. Revela a necessidade de haver uma clara demarcação em quem pode ou não pode exercer a medicina “não haverá pseudo-médicos” (Kant 1993, p.29). O Estado necessita deste controle para prover à sua população saúde, solicitando até a formação de uma polícia médica, responsável por reforçar a voz do Estado individualmente. Para o bem-estar da população, segundo Kant, os médicos deveriam participar dos dois membros da medicina estatal: a medicina forense e a polícia médica. “Daí enfim a dupla tendência que vemos surgir no decorrer do século XVIII de multiplicar as instituições de disciplina e de disciplinar os aparelhos existentes” (FOUCAULT, 2006b, p. 174)

No fim do século XVIII a punição corporal da justiça vai se extinguindo:

Se não é mais o corpo que se dirige à punição, em suas formas mais duras, sobre o que, então, se exerce? A resposta dos teóricos - daqueles que se ouviram por volta de 1780 o período que ainda não se encerrou - é simples, quase evidente. Dir-se-ia inscrito na própria indagação, pois não é mais o corpo, é a alma. (FOUCAULT, 2006b, p.180).

Contudo na mesma época a medicina passa a ser usada como punição, mais precisamente controle. O suplício do corpo foge da justiça e se abriga na medicina. Devido

ao progresso da cirurgia na época, é possível e, permitido, cortar, amputar e até executar, desde que esteja dentro do discurso científico.

São punidas ainda pela aplicação de ‘medidas de segurança’ que acompanham a pena (proibição de permanência, liberdade vigiada, tutela penal, tratamento médico obrigatório) e não se destinam a sancionar a infração, mas controlar o indivíduo, neutralizar sua periculosidade, modificar suas disposições criminosas a cessar somente após a obtenção destas modificações. (Idem, p. 20)

Na idade da razão o Estado passou a solicitar a medicina para julgar o comportamento do indivíduo perante a lei, ou se é consciente de seus atos e culpado, ou se é louco e inimputável.

Relação entre a instância de decisão médica e a instância de decisão judiciária (relação complexa, para dizer a verdade, já que a decisão médica reconhece totalmente a instância judiciária para a definição do crime, o estabelecimento das circunstâncias em que se deu a sanção que merece, mas revela a análise de sua gênese e a estimativa da responsabilidade envolvida). (FOUCAULT, 2005a, p. 49).

Contudo esta diferenciação não é sempre vantajosa, pois muitas das doenças mentais são incuráveis, o que se equipara, então, à prisão perpétua num manicômio. Existe hoje em vários países uma série de medicações que alteram o comportamento do indivíduo como hormônios, antidepressivos, bloqueadores de testosteronas e até cirurgias como a cingulotomia, lobotomia e castração que podem ser aplicadas pela lei, desde que haja uma minuciosa indicação médica e concordância do indivíduo para esta pena alternativa. “A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra normaliza”. (FOUCAULT, 2006b, p.153)

Se, por um lado, com esta mudança obtivemos melhores condições de saúde, controle de doenças infecto-contagiosas, desenvolvimento e acumulação de conhecimentos e progresso científico, o preço que tivemos de pagar foi ter a medicina como braço do Estado e como o meio para o controle populacional.

Trataríamos aí do ‘corpo político’ como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos, e os submetem fazendo deles objetos de saber. (FOUCAULT, 2006b, p. 27).

Com estas mudanças o indivíduo perdeu seu corpo para o Estado. O corpo do cidadão pode ser recrutado em caso de guerra, pode ser dissecado e exumado em caso de morte violenta, pode ser isolado em epidemias e encarcerado se fere o código penal. Há leis que regulam cada aspecto e a tendência atual é de um maior controle ainda. De quem é o corpo afinal?

A oposição e complementação entre estes tipos de discurso médico, individual e coletivo, não foram inventados no século XVII, mas esta época cria novas regras e as coloca em novo patamar, uma política médica global. Não se pode colocar somente a iniciativa estatal como fomento da prática médica social. Grupos religiosos, associações securitárias e de trabalho, organizações filantrópicas já exerciam um controle para sua própria proteção. Surge uma problematização da doença como objeto de estudo coletivo e que, por vezes, necessita também uma solução coletiva. A saúde será problema de todos. A característica essencial é a mudança de técnicas e metodologia no controle das doenças. A estatística, o planejamento das cidades, a arquitetura hospitalar e o controle populacional nesta época contam com a preocupação e assistência da medicina. Compreendida como serviço e segurança, a medicalização da sociedade é tanto imposta como solicitada. A distribuição de medicamentos, construção de orfanatos e assistência aos pobres funciona de duas formas, como filantropia e como proteção. Aparece a diferença entre o necessitado verdadeiro e o sujeito perigoso para a coletividade. Além da manutenção da paz e da justiça, garantir a saúde e bem estar da população torna-se um dos objetivos essenciais do poder político. “O imperativo da saúde: objetivo de cada um e dever de todos.” (FOUCAULT, 2001b, p. 16).

Uma série de instituições e mecanismos múltiplos usados para garantir ordem, enriquecimento e saúde será nomeado genericamente de polícia. Destaca-se, como monumento da época, a obra de Johann Peter Frank (1745-1821) que, em 1779, publicou o primeiro volume de sua extensa obra em quatro volumes “Sistema Completo de Polícia Médica”. Esta possuía capítulos específicos para higiene conjugal, proteção de mulheres em atividades de trabalho, educação de crianças e higiene em escolas. Frank devotou sua vida para demonstrar aos governantes europeus que seu povo era sua maior riqueza estratégica.

Esboça-se um projeto de tecnologia populacional: estimativas demográficas, cálculo da pirâmide etária, da estimativa de vida, taxa de mortalidade, estudo dos papéis que a riqueza da população, estímulo ao casamento e à natalidade, educação e formação profissional exercem.

Dentro deste conjunto de problemas, o corpo - o corpo dos indivíduos e o corpo das populações - adquirem novas variáveis: não são simplesmente poucos e muitos, submissos ou renitentes, válidos ou inválidos, fracos ou vigorosos, porém, mais ou menos utilizáveis, suscetíveis de retorno aos investimentos a eles dedicados, sensíveis à doença e morte, capazes de aprendizado ou não. As características biológicas de uma população tornam-se elementos pertinentes à sua gestão econômica, é necessário organizar um dispositivo que assegure sua submissão assim como sua utilidade. (FOUCAULT, 2001b, p. 18)

A família e a infância são medicalizadas. Codificam-se novas regras familiares como higiene, educação, proximidade, aleitamento materno, exercícios físicos etc.: “O leito conjugal não será somente, nem prioritariamente, a união do casal, mas organizar a matriz para o desenvolvimento de um indivíduo adulto” (*Idem*, p. 19).

A família torna-se o instrumento de uma medicalização da saúde e desenvolvimento da infância, e fará a ligação entre o individual e o coletivo. Um número infindável de obras e periódicos ensinam à família o melhor método de educação, higiene, alimentação, vacinação e exercício para o desenvolvimento correto, e medicamente orientado, da juventude. Em 1741 Nicolas André publica *Ortopedia, a arte de Corrigir e Prevenir deformidades em crianças*. Criou a palavra juntando *orthos*, do grego, correto, com *paidos* de criança e observa que a sociedade ganha em despesas e sofrimentos, quando anormalidades são reconhecidas e corrigidas em tenra idade. Famílias saudáveis fazem uma população saudável.

A higiene é privilegiada e a medicina funciona como controle social. Ou seja, para o controle das epidemias, diminuição da taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida necessita-se de medidas de controle, uma medicina autoritária e obrigatória, casada com a lei e o Estado.

3.9 A PERDA DA IMAGEM DO CORPO

Durante a guerra, a sociedade segue uma moral austera. O sacrifício pessoal, economia, coragem e trabalho em conjunto tentam opor-se ao horror do combate. Sobreviver é a meta. Nos períodos pós-guerra é comum um retorno a um discurso hedonista. Após o sofrimento e provação, principalmente nos vencedores, ergue-se um

desejo de aproveitar a vida, que é breve; de gastar o dinheiro, que era escasso; de conceder prazeres há muito negados. É hora de colher os louros e comemorar a vida.

Após as duas grandes guerras a reação começa claramente nos anos cinquenta. Filmes, revistas, peças e poesias ao contrário da época de guerra, onde predominava o realismo e expressionismo, falam sobre a boa vida e o prazer.

Houve uma melhora e popularização de tecnologias que representam o corpo humano. A fotografia passou a ter a nitidez do real e jornais e revistas abandonaram os desenhos que antes eram obrigatórios. O cinema produziu uma indústria cultural milionária que persiste até hoje. Ele oferece ícones e exemplos; você agora pode comparar seu corpo sua aparência com Marilyn Monroe ou James Dean, e não só com o seu vizinho. A televisão, que tinha funcionamento rudimentar nos cinquenta, profissionalizou-se na forma mais popular de mídia. Mesmo não indo ao cinema, modelos de aparência e conduta eram acessíveis em sua própria casa. O rosto e o desenho vão sendo transformado em corpo e fotografia.

A revista *Playboy*, fundada nos anos cinquenta, foi a primeira revista masculina moderna, com corpos nus fotografados em meio às matérias de culto aos prazeres, foi comprada aos milhões pela população. O feminismo evolui contra a onda da exposição da mulher como objeto. Betty Friedman tranveste-se em mulher objeto, passando uma temporada como coelhinha do clube *Playboy* e publica um artigo emblemático na revista *Esquire* sobre essa experiência.

A tecnologia médica produziu a pílula anticoncepcional que possibilitou a revolução sexual. Pode-se optar por conceber ou não. Acendem-se as discussões sobre o direito ao aborto. Queimam-se sutiãs em público.

3.10 OS NOVOS JOGOS DE VERDADE

A trajetória da objetivação (FOUCAULT, 2001b, p.1450) agora é claramente vista nos indivíduos, mas é emblemática no caso da mulher. Não é o corpo da mulher, por exemplo, que em épocas anteriores, constitui-se como verdadeiro objeto, sendo até propriedade da família e do marido. Não é o indivíduo político, a mulher agora pode exprimir sua opinião, escreve e vota. Não é o corpo disponível, agora o indivíduo pode decidir sobre sua fertilidade. Quando a feminista protesta não é contra estas formas de

subjetivação. Betty Friedman entra no núcleo, o clube da *Playboy*, na hora que bem entende e, sai de lá quando deseja. Escreve sobre a experiência e nada a detém. Onde está o objeto então? Que é que provoca a sociedade no seu artigo? As mulheres que trabalham no clube são funcionárias, recebem seus salários, têm o direito de ir e vir assegurados.

É a ligação entre a *imagem* desnuda da revista e o indivíduo que a feminista retrata. É contra a objetivação da *imagem* da mulher que a feminista se subleva. O objeto sexual ao qual se opõe é a *imagem do corpo da mulher*. O feminismo quer individualizar a imagem que se quer objetivar.

Na revolução sexual a beleza da *imagem do corpo* é o poder. Os modelos visuais estão por toda parte. A indústria é movida, alimentando-se das imagens dos corpos. Seria o sujeito constituído como sujeito na sociedade desde que tenha uma imagem? É desta época que surge a preocupação com a imagem do indivíduo e das empresas. Aparecem as supermodelos, cujo único valor necessário é a própria imagem. O objeto do estudo do conhecimento é válido pela sua imagem e efeitos desta na sociedade. O valor está na aparência e a resistência no conteúdo intelectual. As feministas atacam a objetivação da imagem do corpo da mulher, dando nome às modelos. Mulheres que possuem vida e história. É aí que a reportagem da *Esquire* choca, por colocar como indivíduos a imagem que a *Playboy* quer vender como objeto. Contra o uso da imagem no cinema, teatro e televisão, a resistência demanda um melhor conteúdo. O filme cultural necessita ter um bom enredo, o que se opõe ao comercial, que tem boas imagens ou efeitos especiais. Neste jogo, contra a imagem da primeira supermodelo Twiggie, opõe-se o conteúdo intelectual da Simone de Beauvoir. É deste novo jogo de verdade* que surgirão os novos saberes e poderes (ARAÚJO, 2001). São filhos destes jogos a cirurgia estética e o marketing (RICHERS, 2000).

Está aberto o campo para um discurso hedonista da saúde.

* *Jogo de verdade* seria para Foucault o mecanismo de formação do objeto arqueológico de saber e sua relação com o sujeito do discurso, de forma que produzem o discurso considerado como verdadeiro numa determinada época. (FOUCAULT 2001b, p.1451)

A imagem do corpo agora pertence à mídia. Inconscientemente somos constituídos por tal discurso. Se seguirmos suas tendências, ou se tentamos transgredi-lo, ainda assim estamos no seu jogo de verdade. A imagem midiática é o nosso padrão, moeda em que se mede a nossa imagem. Houve um esquecimento do modelo clássico do cuidado de Si. Foucault vê o problema na ética do *eu*:

E é possível que nestes tantos empenhos para reconstituir uma ética do eu, nesta série de esforços mais ou menos estanques, fixados em si mesmos, neste movimento que hoje nos leva, ao mesmo tempo, a nos referir incessantemente a esta ética do eu sem, contudo jamais fornecer-lhe qualquer conteúdo, é possível suspeitar que haja uma certa impossibilidade de constituir hoje uma ética do eu, quando talvez seja esta uma tarefa urgente, fundamental, politicamente indispensável, se for verdade que, afinal, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao poder político senão na relação de si para consigo. (FOUCAULT, 2001c, p. 241).

Ainda vivemos este momento. O sujeito tem o discurso da saúde como lei. Qualquer doença ou desvio do normal é considerado passível de punição corretiva. No consultório o procedimento inicial é a confissão das transgressões cometidas contra a saúde. O exame quantifica e registra o crime. O médico faz o papel de juiz e júri prescreve a pena que pode ser desde uma “penitência” como uma dieta, uma “expição” medicamentosa ou, em casos mais graves, “suplícios corporais” como cirurgias. Nem mesmo se escapa do confinamento, que pode ser aplicado no caso de epidemias.

A partir do século XVIII, o poder sobre a vida se desenvolve em dois pólos principais. O controle disciplinar do corpo individual e o controle do corpo como espécie, a regulação da população. Este poder “cuja função mais elevada não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo” (FOUCAULT 1976, p.183) é o que Foucault chamará de biopoder. É interessante notar que este poder hoje em dia é também exigência da população, que é alvo do controle do biopoder. Em vários casos a reclamação é pela pouca invasão da medicina na vida do indivíduo. Não é considerado um bom médico, se não se escuta a confissão e examina o paciente. É considerada uma afronta sair de uma consulta sem medicação ou pelo menos uma condenação de hábitos alimentares e tabágicos. O registro da consulta é obrigatório por lei. Clama-se por uma medicina holística que, além de controlar a doença, controle também: a dieta, o exercício, a ocupação mental, o lazer e o sexo do indivíduo. Tentando atingir a imagem corporal perfeita, o corpo é submetido à suplícios medievais. Estes são filmados e continuamente exibidos, tanto em

canais abertos quanto pagos, sua audiência é alta e atrai cada vez mais a televisão. Escolhem-se as modelos pelos índices de massa corpórea. A promessa é de bem-estar e imortalidade, com a ciência velando por nós.

CAPÍTULO III

4 O NASCIMENTO DA CIRURGIA ESTÉTICA NO BRASIL

Portanto, o homem que cuida do corpo cuida de alguma coisa que é sua, mas não cuida de si. (PLATÃO, Alcebiades I)

Há tempo demais a história da medicina é uma cronologia de descobertas. Contam como a razão e a observação triunfaram sobre os prejulgamentos, venceram os obstáculos que escondiam a verdade. (FOUCAULT, 2001a, p.781).

Creio que não há um dia sequer que não somos expostos à medicina estética. Somos permeados por um discurso da saúde fascinado pela aparência física. Como foi possível nascer de uma medicina que procurava curar, uma medicina cujo objetivo é a estética do indivíduo? Seguimos genealogicamente a evolução da medicina, em particular no Brasil, para explicar a enorme influência do culto à aparência no discurso atual da saúde.

4.1 PRIMÓRDIOS

Os primeiros médicos do país vieram de Portugal. Na época do descobrimento havia divisão formal entre os Físicos, médicos formados em Faculdades que apresentavam teses e, os Cirurgiões-Barbeiros, com formação eminentemente prática. Estes faziam extrações dentárias, sangrias, pequenas cirurgias, barba, cabelo e bigode. Poderiam exercer a medicina onde faltassem os primeiros. A medicina era influenciada pela cultura greco-romana, baseada nas teorias de Hipócrates e Galeno. Possuía fortes traços de empirismo, era alquímica e medieval. (SANTOS, 1966, p. 27).

Ao contrário do senso comum, as primeiras cirurgias, feitas pelos cirurgiões barbeiros ou cirurgiões primitivos, eram de cunho estético. O primeiro registro comentado é de 600 anos A.C. do autor hindu Sushruta sobre reconstrução do nariz e de lóbulos de orelha. Na Índia os criminosos eram mutilados. A face, orelhas, nariz e genitais eram os

lugares escolhidos para se marcar o crime cometido. Mulheres acusadas de adultério tinham os seus narizes cortados, para assim serem identificadas. Os habilidosos cirurgiões hindus recortavam um formato de nariz na pele da testa da paciente e, ainda ligado à irrigação sanguínea, era costurado no lugar do antigo nariz. Após certo tempo, o tecido recebia seu suprimento de novas fontes sanguíneas e, podia-se separar o novo nariz da testa. Embora deixasse cicatrizes, restituía a dignidade do paciente.

Na época do Brasil colônia os conhecimentos sobre anatomia humana eram poucos. Os escritos de Galeno baseavam-se em dissecções de animais que no caso de mamíferos, assemelham-se *grosso modo* com o organismo humano. Somente em 1543, com Andréas Vesálius, com sua dissecção sistemática, é que se conheceu o corpo de forma mais precisa. O funcionamento normal do organismo era insuficiente e só com William Harvey em 1628, com sua elegante demonstração do funcionamento da circulação, começou a moderna fisiologia. Em 1865 Pasteur desenvolve a teoria do germe, explicando a origem de doenças infecciosas.

Ou seja, como não se entendia a gênese e desenvolvimento da doença (fisiopatogenia), como não se conhecia sua causa (etiologia), como não havia tecnologia para revelá-la dentro do corpo e como pouco se conhecia da anatomia humana, as cirurgias eram feitas nos sinais externos da patologia. Cancros, abscessos, nódulos só eram detectados ao aparecerem na pele ou causar deformidade. A cirurgia tratava o sintoma, e era só uma feliz coincidência que um procedimento cirúrgico curasse uma doença; como no caso de um abscesso que, ao ser drenado, resolvia-se.

A antiga cirurgia foi eminentemente mutiladora. Cortava-se o membro doente. Extirpava-se a parte doente, o órgão afetado. Abria-se, lancetava-se a tumoração. Era perigoso intervir no corpo humano, pois sobrevinha geralmente a infecção pós-operatória. O ato cirúrgico significava a morte, numa percentagem impressionante. Somente após o advento da anestesia e da assepsia, em pleno século XIX, é que a cirurgia se expandiu, tornando-se uma das mais importantes partes da medicina. De mutiladora, passou a restauradora e conservadora. (SANTOS, 1966, p. 60).

Em 1808 o Regente Dom João criou duas escolas de cirurgia, uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador. Dom Pedro II em 1832 transformou-as em faculdades. O Visconde de Sabóia em 1884 introduziu novas matérias, como oftalmologia e psiquiatria. Era comum a

realização de estágio na Europa após a conclusão da faculdade. O curso de medicina tinha a duração de seis anos e era necessária a confecção de uma tese para obter o diploma de doutor.

No Brasil os primeiros relatos de cirurgias plásticas foram obtidos destas teses. Em 1842 Joaquim Januário Carneiro escreveu: “Considerações sobre o lábio leporino: suas complicações e tratamento adequado.” (LOEB, 1993, p.1).

É preciso lembrar que só em 1846, nos Estados Unidos, aparece a anestesia com a utilização do clorofórmio. Manuel Feliciano Pereira de Carvalho no Rio de Janeiro em 1848 realiza a primeira cloroformização no Brasil. Os índices de infecção em cirurgia e as taxas de mortalidade pela cloroformização eram muito grandes. Em 1867 Lister apresenta os princípios de assepsia, usando solução fenicada no procedimento cirúrgico. Ao contrário da Europa, houve lentidão na aplicação destas melhorias na cirurgia brasileira. Somente no século XX a cirurgia brasileira alcançou a sua plena eficiência.

Como se nota toda a cirurgia plástica deste período é reconstrutiva:

1902 - Aguiar, Eurípedes Clementino. Diagnóstico do agente das queimaduras. Bahia. Typ. Passos. 1907 - Monteiro Júnior, Juscelino. Dos métodos uretroplásticos empregados no tratamento de hypospadias. Bahia. Typ. Costa. 1907 - Oliveira, Jayme Tigre de. As paralyisias do facial. Rio de Janeiro. Typ. Jornal do Comércio. 1908 - Souza, Christiano Carlos de. Enxerto autoplástico de Thiersch. Rio de Janeiro. Typ. Jornal do Comércio. 1909 - Soares, Cândido da Costa. Rio de Janeiro. Typ. Amerino.....1914 - Fontoura, Décio do Amaral. Anomalias congenitas da mão. Rio de Janeiro. Typ. Baptista Souza.....1918 - Werneck, Carlos. Da transplantação tendinosa no tratamento tardio da poliomyelite infantil. Rio de Janeiro. Typ. Besnard Frères.....1923 - Ferreira, Celso do Amaral. Da cirurgia do sacco lacrimal por via endonasal. Rio de Janeiro. 1924 - Amaral, Oswaldo Campos do. Dos enxertos cirúrgicos. Rio de Janeiro.....1928 - Leal, Cyro Carneiro. Em torno das fistulas orbitárias. (LOEB, 1993, p.1).

O período das duas grandes guerras, como é de hábito para medicina, trouxe grande desenvolvimento nas áreas cirúrgicas. Houve um aumento nos tipos de cirurgias e nas técnicas utilizadas. O conhecimento acumulado pela experiência nas guerras avolumou-se de tal maneira que foi necessária sua divisão. Conseqüentemente, houve o aparecimento de especialidades como a cirurgia torácica, a otorrinolaringologia, a ortopedia etc. Seguindo a influência mundial houve a criação da Sociedade Latino-Americana de Cirurgia Plástica em 1941 e em seguida, em 1949, a criação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

No Continente faltava uma Sociedade que congregasse os cirurgiões plásticos dos diversos países latino-americanos especificamente, e no Brasil faltava uma Sociedade que congregasse os cirurgiões plásticos brasileiros. Estas lacunas foram preenchidas em São Paulo, em 1941 e 1949, com a criação de duas importantes Sociedades que, de acordo com Antônio Duarte Cardoso, classificavam-se como verdadeiros marcos da Cirurgia Plástica Nacional. (LOEB, 1993, p. 3).

Até agora a cirurgia plástica é um braço da medicina hipocrática. Sua função é tratar a deformidade como patologia. O paciente sofreu doença, traumatismo, deformação congênita, queimadura; ou mutilação por cirurgia anterior que visava à saúde, como numa remoção de câncer. O indivíduo deveria ter sua aparência restaurada ou sua deformidade restringida ao mínimo. A cirurgia deveria restituir sua saúde mental, satisfação e convívio social. Outras vezes as cirurgias funcionais e plásticas confundiam-se, como nos casos de lábios leporinos nos quais o procedimento restaurava a função e a estética. A cirurgia era a cura de uma doença, uma reconstrução do corpo, sua indicação era exclusivamente médica.

4.2 OS ANOS DA MUDANÇA

Durante a guerra a sociedade valorizou a austeridade. A economia estava focada na vitória do país, o lucro que se obteve do país em guerra, apesar de ter sido inevitável, era considerado imoral. O sacrifício pessoal é cercado de uma aura de heroísmo. Permanecer vivo era um lucro, às vezes olhado com culpa.

O período pós-guerra apresentou um discurso oposto. Principalmente para vencedores, o período de calmaria foi um período de fartura e progresso. A natalidade aumentou. Nasceu uma geração que não viu o conflito, os *babyboomers*. Foi hora de colher os louros e comemorar a vida.

As 1^a. e 2^a. guerras foram fenômenos muito próximos. Com o final da 2^a. guerra mundial traçou-se um novo quadro econômico e político que foi mais estável e duradouro. Neste período houve um fomento de artes e entretenimento. A guerra trouxe um salto tecnológico e este desenvolvimento acabou por permear a sociedade com aplicações não belicosas. A construção civil, arquitetura e indústria aproveitaram-se das tecnologias, que aliadas ao fim dos racionamentos, tornaram tudo mais barato. O progresso popularizou-se. Em meio a este turbilhão surgiram novas oportunidades. A população outrora acostumada a

ver cada mudança do cenário da guerra por seus rádios e jornais manterá seus hábitos midiáticos desde que haja uma produção cultural que reflita não mais seus temores, mas agora seus interesses e prazeres. A fotografia, o cinema e a televisão despontaram como alternativas devido ao seu desenvolvimento.

É interessante notar que as tecnologias que mostram as imagens do corpo foram de projetar sombras disformes, a retratar o mais extremado dos realismos. A fotografia liderou a explosão de imagens pós-guerra, com seu aperfeiçoamento e barateamento, invadiu jornais e revistas. A fotografia do cinema adquiriu status de arte. A propaganda investiu maciçamente nas imagens e era difícil encontrar uma propaganda que não possuísse uma fotografia bem cuidada. O novo padrão do corpo humano foi dado pela profusão de imagens e ídolos fotogênicos.

Estas imagens são aqui consideradas enunciados não verbais, monumentos da época e não propriamente documentos desta, pois foi a prática que definiu seu uso, não interessou tanto o autor ou a obra e sim seu caráter apropriado pela prática discursiva. Seu uso intenso e onipresente chegou a invadir a linguagem; por exemplo, em neologismos como “cinematográfico”. Estas imagens são perpassadas, apropriadas e utilizadas pelos discursos, como no caso o discurso da saúde. Foucault coloca como fecunda a versão em que o discurso supõe certa iconografia:

Nós somos convencidos, nós sabemos, que todos falam numa cultura: as estruturas de linguagem dão sua forma à ordem das coisas. Outra versão (por sinal bem fecunda) é de postular a soberania do discurso que já supunha a iconografia clássica. (FOUCAULT, 2001a, p. 648).

Nos jornais e revistas os desenhistas que ilustravam fatos e comerciais foram sendo substituídos por fotógrafos. A habilidade da mão foi substituída e multiplicada pela habilidade do olhar. Há grande diferença entre comparar um desenho, por mais que se pareça com o real, e uma fotografia. O padrão de beleza sofreu grandes mudanças.

O cinema despontou como o grande entretenimento. Criou-se a indústria cinematográfica multimilionária, apareceram os astros e as estrelas como modelos de beleza. “O relacionamento com o modelo, acessível e longínquo, inimitável e ‘humano’,

democratiza aqui a vontade de embelezamento, transformando gradualmente a maneira de sonhar e também de ter acesso à beleza.” (VIGARELLO, 2005, p. 158).

Foucault (FOUCAULT, 1976) mostra que, ao contrário do oriente, onde foi criada uma arte erótica, no ocidente foi criada uma ciência sexual. Até hoje, do orgasmo à ereção, nossa sexualidade é medicalizada e científica. A partir do século XVIII o governo passou a se preocupar com a população e a vida. Foram criados vários dispositivos para controlar saúde, nascimento, alimentação e mortalidade. Intimamente ligado a esse biopoder está o dispositivo da sexualidade. Dizer a verdade sobre a própria sexualidade torna-se parte dos discursos considerados como verdadeiros e, portanto, articulados com o poder. Esta ciência sexual, usada como dispositivo, pode excluir, classificar e fomentar a população.

4.2.1 O DISPOSITIVO DA SEXUALIDADE VAI AO CINEMA

Aparece o conceito que, pelo esforço, pode-se adquirir a beleza cinematográfica. Vigarello cita as revistas *Marie Claire* e *Votre Beauté*:

Como uma mulher quase feia se tornou Joan Crawford. Joan Crawford multiplica os exemplos de exercícios ‘persistentes’, dizendo ter sofrido ‘um verdadeiro martírio’ para adquirir a linha... O corpo é uma argila moldada à vontade pela cultura física e os cuidados da beleza. (VIGARELLO, 2005, p. 162;165).

A busca pela beleza não fica restrita aos exercícios; a indústria de cosméticos sofre um importante desenvolvimento. Em 1960 a propaganda de cosméticos ocupava 70% das páginas de *Elle* e *Vogue*, o dobro do que ocupava em 1930 (*Idem*, p. 173). A televisão populariza o acesso ao turbilhão de imagens, transformando o fenômeno em mundial.

Ainda estamos na era do controle e da ortopedia social. O controle, pela comparação com a imagem modelo, possui positividade muito maior que qualquer coerção; logo, as estratégias da sociedade de controle sobre a saúde, higiene e vigor dos corpos disponíveis

recebe os modelos do cinema de braços abertos: “Um saber que mantém sua característica não por saber de algo que se passou ou não, mas de determinar se o indivíduo se conduz ou não como deve, em conformidade com a regra, se ele progride ou não.” (FOUCAULT, 2001a, p. 1463).

Desde esta época, o caráter da disciplinarização do indivíduo aparece de forma sutil. O modelo apresentado passa a ser a referência, e o padrão será nem tanto como normal ou anormal, mas como objetivo a ser atingido, similar ou diferente ao astro ou à estrela. O indivíduo apresentará voluntariamente seu corpo a ser sujeitado ao médico para atingir esta semelhança. Não causa espanto, portanto, quando o paciente apresenta fotos, pedindo um procedimento, que pode ser do medicamentoso ao cirúrgico, para ter os lábios ou os narizes de astros do cinema.

4.2.2 A REVOLUÇÃO SEXUAL

Nos anos sessenta aparece nos círculos intelectuais com mais força um discurso de liberação do homem, pela liberação do sexo. Esta se baseava na hipótese de que o sexo e a sexualidade estavam sendo reprimidos pela cultura, normas religiosas, sociedade e Estado. A hipótese repressiva vê o poder essencialmente como negativo e produtor de proibições, negação, interdições e coerção. Para enfrentar tais forças bastaria a verdade do discurso em que o sexo é discutido, analisado e liberado.

Segundo esta teoria o poder e verdade são externos um ao outro, falar a verdade seria como dizer que o rei está nu e somente com a verdade as estruturas repressoras do poder cairiam abrindo para o indivíduo uma época de ouro e liberdade.(DREYFUS & RABINOW,1983, p. 130)

Este discurso produz efeitos de poder, o sujeito que o profere é prestigiado como visionário e libertador. Ao contrário, segundo Foucault, o que houve foi um aumento do discurso sobre o sexo, e de seus efeitos de saber/poder. Sobre a hipótese repressiva comenta Araújo:

A história demonstrou que essa é uma hipótese incorreta, pois a revolução sexual conseguiu produzir mais saberes, cada vez mais detalhados por meio de uma quantidade enorme de literatura dirigida ao autoconhecimento. O que para um freudiano parece libertador e desrepressivo, para um foucaultiano significa a ampliação do poder de discursos que, sem que nos demos conta disto, nos aprisionam na rede suave e quase invisível do ter que falar sobre isto, do ter que conhecer isto. (ARAÚJO 2001, P.157)

Nesta época de progresso, o discurso de aproveitar a vida torna-se prevalente. Há um aumento no número de boates, *night clubs*, maior liberação e progressiva erotização dos espetáculos. O cuidar de si agora também é divertir-se, o monumento da época desta situação é a revista *Playboy*. Embora esta ofereça opções ainda condenadas pela moral vigente, vende milhões. Sua mistura de informação sobre cultura, culto aos prazeres da vida e mulheres desnudas foi sua fórmula de sucesso.

Com o aparecimento da pílula contraceptiva, a tecnologia médica deu a base para uma verdadeira revolução sexual. O sexo podia ser praticado pelo prazer em si. A responsabilidade da gravidez podia ser evitada. A mulher reconheceu como um direito seu o momento de ter filhos. Como a pílula não é 100% segura, o aborto também entrou na pauta de discussão da sociedade. Se o indivíduo pode decidir a concepção, isto poderia ser um problema para o biopoder estatal. Contudo, na medida em que o anticoncepcional fomenta o dispositivo da sexualidade, e a mulher ao conquistar o mercado de trabalho aumenta a população disponível para o trabalho, o resultado em termos de controle populacional, favorece o governo, e o balanço para o Estado ainda será positivo.

A mulher durante a segunda guerra tinha trabalhado lado a lado com os homens, nos hospitais de campanha, fábricas e no entretenimento dos soldados. Esta posição de igualdade não seria abandonada. Seguindo os modelos do cinema, a mulher quer ser bonita, sexy e independente, como a figura misteriosa de Marlene Dietrich, ou como a sensualidade liberada de Brigitte Bardot: “O feminismo dos anos 1950-1960, sensível à desculpabilização da carne e à reivindicação do prazer, pode encontrar um sentido nessa personagem que, no entanto, não pretende sugeri-lo.” (VIGARELLO, 2005, p. 172).

Todos os elementos para o desenvolvimento completo da sexualidade estão aqui: uma sexualidade misteriosa e difusa é fundamentada em algum lugar do corpo e, em todo o corpo, esta presença misteriosa é o que coloca o corpo feminino no discurso analítico da medicina; através deste discurso médico, tanto a identidade pessoal da mulher quanto a saúde da população são colocados no mesmo foco de conhecimento, poder e materialidade do corpo. (DREYFUS; RABINOW, 1983, p.171)

Desde 1920, já havia procedimentos médicos que visavam à beleza; contudo ainda eram velados como cirurgias reparadoras. A cirurgia plástica reconstrutiva teve seu início após o seu desenvolvimento na primeira guerra mundial.

Com o feminismo abre-se a possibilidade de a mulher individualizar-se através de seu próprio corpo e sexualidade. Os padrões são os do cinema e revistas. O meio será o da medicalização.

Primeiro há a histerização do corpo feminino. O corpo da mulher é analisado como saturado de sexualidade. Através do avanço médico o corpo feminino pode ser isolado por uma patologia própria e colocado em comunicação com o corpo social, cuja fertilidade regulada esta supostamente devia assegurar. (DREYFUS; RABINOW, 1983, p.171)

Inicialmente a mulher usou os conselhos médicos para exercícios e dietas. Após o aumento da demanda, houve a busca de orientação para cosméticos e medicamentos. Quando se encontraram o feminismo, a revolução sexual e as novas tecnologias médicas no corpo da mulher, abriu-se a possibilidade de um novo “cuidado de si” como cuidado da imagem do corpo. “A região da sexualidade fica estrita ao alcance desses discursos e práticas científicas tidos como palavra final, que a sociedade acaba aceitando, divulgando e valorizando.” (ARAÚJO, 2001, p.125).

Está aberto o espaço para uma cirurgia puramente estética. O corpo poderá ser submetido ao risco cirúrgico com a única finalidade de melhorar a beleza. Nasce o cuidado de si moderno no qual imagem e aparência são os objetos de suas práticas. Se Alcebiades procurava Sócrates para o cuidado de si na antiguidade, hoje, equivocado, procuraria um cirurgião plástico?

A resistência também será produzida pelo feminismo. Após séculos a mulher foi sujeitada ao pátrio poder como bem, à religião como pecadora, ao Estado como produtora da população, e à psicanálise como histérica. Agora ela percebe-se sujeitada ao padrão da imagem. É contra o uso de sua imagem como objeto contra o que a feminista irá resistir. Embora a própria mulher tenha sido parte fundamental na gênese do “cuidado de si” como cuidado da aparência, ela viu que este tipo de revolução ao contrário de ser totalmente libertador, a coloca sob outro tipo de submissão, agora à imagem e ao padrão de beleza. Quando queimam soutiens em praça pública, as feministas querem queimar simbolicamente os instrumentos de sujeição, e por vezes suplício, de seu corpo ao culto da beleza.

Após a segunda guerra, e o período de estabilidade que se seguiu, a aceitação de cirurgia para efeito cosmético vai sendo aceita paulatinamente.

4.3 A MEDICALIZAÇÃO DA BELEZA

No meio deste turbilhão cultural, uma tecnologia iria desencadear a medicalização da beleza. A imagem do corpo poderia ser modificada com cirurgia. Haveria pouco risco, pois houve melhora da anestesia; pouca infecção, pois houve tanto a adoção da técnica asséptica quanto o desenvolvimento dos antibióticos.

Quando houve a introdução dos implantes mamários em 1963 por Cronin and Gerow, que utilizaram o implante preenchido com silicone gel para o aprimoramento da imagem do corpo, houve o nascimento da cirurgia estética.

Se a partir do século XVIII: “A chave da tecnologia do eu é a crença de que, com a ajuda de um expert, é possível falar a verdade a respeito de si mesmo”. (DREYFUS; RABINOW, 1983, p. 175) A partir dos anos sessenta a chave da tecnologia do eu pode ser a de transformar seu próprio corpo, para produzir uma verdade física, com a ajuda do perito em cirurgia plástica.

Ao contrário das inovações cirúrgicas do século XIX, na questão da cirurgia estética, o Brasil não só adotou prontamente a nova visão da especialidade como liderou a mudança. Somos conhecidos como um país de cirurgiões estéticos, bons cirurgiões e mestres exemplares no marketing pessoal. Na década de 1960, no Brasil, aparecem os primeiros trabalhos, cursos e capítulos das sociedades dedicados à cirurgia que tem por única função a estética. Ou seja, não é o corpo deformado pela doença, não é a reparação do acidentado, ou a reconstrução do corpo após a mutilação, a cirurgia será feita num indivíduo saudável para provocar uma mudança estética. O objetivo é a aprimorar a beleza. A indicação cirúrgica é da própria pessoa ao olhar-se no espelho, do parceiro, do agente da modelo, da empresa que compra a sua imagem. O belo passa pelo crivo do bisturi. Poderíamos dizer que a cirurgia estética é o fio condutor entre o poder disciplinar, onde o corpo é visto como normal ou anormal, e o dispositivo da sexualidade, onde nos constituímos por práticas de si que nos revelam nossa sexualidade; sempre ligados a práticas e discursos científicos. A *scientia sexualis* encontra pelo caminho do bisturi o corpo a ser normalizado.

Houve no Rio de Janeiro um incêndio em um circo. Dezenas de pessoas foram queimadas. Houve intenso esforço da cirurgia plástica carioca para atender a estes

queimados. Tudo foi feito de forma eficiente e gratuita. A novidade foi o uso do marketing, a cobertura massiva da mídia com jornais, revistas e televisão, justamente quando a especialidade necessitava da divulgação de uma imagem positiva.

Nos anos 70, houve o desenvolvimento da lipoaspiração por Arpad e Giorgio Fischer. Esta cirurgia nasceu sob o signo da cirurgia estética, pois guarda pouca relação com as cirurgias reconstrutivas. Seu objetivo é somente estético. Com o passar do tempo ela começa a ser aplicada em áreas cada vez maiores do corpo; torna-se uma cirurgia perigosa. O preço pago pela imagem pode ser fatal.

Esta nova prática, a cirurgia estética, como trata do dispositivo da sexualidade e da disciplina dos corpos, está presente tanto na subjetivação que extrai a verdade “de que você não gosta em seu corpo?”, quanto na objetivação, que transforma este corpo. Portanto é hipertrofiado de poder o detentor de seu discurso.

Começou, nos anos setenta, a organização desse novo saber com a regulamentação da cirurgia plástica/estética. Nesta década, apareceram mecanismos de controle da especialidade. As sociedades disputaram a hegemonia e fundiram-se, foram então nomeadas as escolas oficiais. Houve, desde então, um título de especialista, a ser obtido com testes e cumprimento de pré-requisitos.

O Rio de Janeiro passou também a ter grande importância no ensino da Cirurgia Plástica no Brasil com o fortalecimento dos Serviços Credenciados e com a criação, em 1969, do Primeiro Curso Integrado, que é um curso onde todos os cirurgiões plásticos em aprendizado, do Rio de Janeiro, se reúnem todas as quartas feiras no Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Em 1977, a Associação dos ex-alunos do prof. Ivo Pitanguy ganhou a eleição da Regional do Rio de Janeiro, conseguindo a adesão dos grupos locais, acabando-se os litígios naquele Estado. Até 1974, os exames para membro titular e para o título de especialista eram feitos sem um critério bem definido e amplamente divulgado entre os candidatos, os quais sabiam apenas o que deveriam fazer e apresentar para tais exames, mas nada sabiam dos critérios de julgamento, que eram extremamente subjetivos e decididos pelos membros das Comissões, quase de improviso. Em 1975, o Dr. Evaldo Alves D'Assumpção tomou posse no cargo de Presidente da Comissão Científica, então encarregada de julgar os candidatos a membro titular. E, pela primeira vez na SBCP, foi editado um Manual do Candidato que não somente orientava como se preparar para os exames, mas, sobretudo, dizia objetivamente quais critérios que seriam utilizados na avaliação de cada candidato. Posteriormente, em 1977, o Dr. Evaldo Alves D'Assumpção passou a acumular a Comissão Científica e Julgadora do Título de Especialista, quando o Manual do Candidato instituiu também as condições para este exame. A partir de então, ficou estabelecida a "jurisprudência" de esclarecer sempre e objetivamente, aos candidatos, tudo o que se referia aos exames e aos critérios de julgamento. Biênio 1970-1971. Objetivos: 1. Melhorar a formação do cirurgião plástico com base universitária. 2. Assessoramento jurídico ao cirurgião plástico. 3. Combate ao comportamento considerado não-ético de profissionais, com base no princípio de "Educar é Não Punir".

4. Desenvolver a SBCP, agregando todos os cirurgiões plásticos do Brasil ao seu quadro associativo, como única Sociedade nacional....Realizações: 1. Reintegração da Regional da Guanabara e de seus membros à SBCP. 2. Assistência jurídica à SBCP e seus membros, por convênio estabelecido com o jurista Tuany Valdetaro e Silva, a título gracioso...4. Estabeleceu e regulamentou os "Serviços Credenciados" e presidiu a 1ª. Comissão de Ensino na gestão seguinte para orientação e assistência aos mesmos. (Loeb 1993, p.31-32; 48-49).

Em 1982, houve o primeiro curso de lipoescultura nos Estados Unidos por Dolsky e Newman. A lipoescultura é o procedimento no qual a gordura lipoaspirada de um lugar do corpo, depois de processada, é injetada em outra região do organismo, esculpindo-o. Começa a discussão ética sobre a cirurgia estética. Como qualquer procedimento cirúrgico, ele não é isento de risco. Normalmente, para fazer uma cirurgia são medidos os riscos e benefícios. Quando os benefícios ultrapassam os riscos, recomenda-se o procedimento. Com o fruto de consenso de pesquisas, estudos e opiniões de cirurgiões, promove-se um conjunto de guias para ajudar na decisão de operar ou não. Estes parâmetros são conhecidos como indicações. Por exemplo, se uma criança fica com secreção dentro de seu ouvido, impedindo a audição, por mais de três meses de terapia com medicamentos, diz-se que a cirurgia está indicada. Se esta apresenta o quadro há uma semana, diz-se que não há indicação cirúrgica. Mas como avaliar a indicação cirúrgica de um indivíduo saudável? Como expô-lo a um risco de morte se nesse indivíduo não há doença que lhe cause risco? Mesmo que o risco seja pequeno, o que muitas vezes não é, é ético arriscar a saúde e a vida pela beleza? Em quais situações existiria abuso e em qual não? Nesta mesma época, começa haver uma resistência da sociedade contra os abusos com o aparecimento de inúmeros processos contra cirurgiões plásticos.

Segundo Foucault, a estrutura jurídica ocidental foi construída com base no poder do rei e na noção de soberania, a estrutura da lei a justificava. Nos séculos XVII e XVIII há o aparecimento de uma nova mecânica de poder, a sociedade disciplinar. Focada nos corpos e no seu aproveitamento, a sociedade justifica-se pela norma e pela defesa da sociedade dos indivíduos perigosos a ela. Há um descompasso entre o poder disciplinar da sociedade e a organização da lei. Embora colonizada pela disciplina, a lei ainda mantém traços do poder do soberano. Como a cirurgia estética é intrinsecamente ligada à normalização dos corpos

e, portanto, à disciplina, ao abuso desta, se recorre à antiga estrutura jurídica. Ou segundo suas palavras *Em defesa da sociedade*:

É por isso que ,contra as usurpações da mecânica disciplinar, contra esta ascensão de um poder vinculado ao saber científico, nós nos encontramos atualmente numa situação, que o único recurso existente, aparentemente sólido, que temos é precisamente o recurso ou a volta a um direito organizado em torno da soberania, articulado a este velho princípio. (FOUCAULT, 1999, p. 46)

Por outro lado, a medicina trabalha como interlocutora da mecânica da disciplina com o princípio do direito. Daí se reconhece uma função da medicina na nossa sociedade, e logo se prevê a força que o discurso da medicalização terá nesta. (FOUCAULT, 1999, p. 46)

Simultaneamente ao aumento dos processos, as sociedades médicas organizam-se. O assunto passa a aparecer em congressos oficiais. Advogados são contratados para prestar apoio diário aos membros das sociedades. Os limites e pré-requisitos para que qualquer cirurgia estética seja realizada começam a ser traçados.

1980-1981... Teve como metas: 1-proteger a dignidade do cirurgião plástico; 2-dar orientação jurídica preventiva, dar orientação no preparo de trabalhos científicos; 3-estimular a união dos cirurgiões plásticos e realizar eventos científicos. 1984-1985... Teve como metas: 1. Ética e Publicidade - orientação aos colegas e ao público, defendendo a cirurgia plástica no que ela tem de melhor. 2. Novos Titulares - argüir os candidatos a titulares, dentro da atual realidade brasileira de ensino médico... 3. Cadastramento - cadastrar os cirurgiões plásticos que se encontram fora da SBCP, para obter um panorama geral da situação da profissão no país.4. Organização de um cronograma central de todas as atividades científicas desenvolvidas no Brasil. (LOEB, 1993, p. 52-53)

Nos anos 90 a cirurgia estética teve crescimento espetacular, com aumento de 175% no número de procedimentos. Atualmente a lipoescultura e lipoaspiração são os procedimentos mais realizados. Somente nos EUA são realizados 230 mil procedimentos ao ano. Com a avalanche de pacientes e de dinheiro, apareceu uma série de cursos de medicina estética.

Primeiramente foram cirurgiões de outras especialidades. Depois de realizar uma cirurgia difícil e complexa como uma mastectomia ou uma reconstrução nasal os especialistas não desejam perder o lucro do procedimento da cirurgia externa. Dentro de

cada sociedade surgiram núcleos de cirurgia estética. O departamento de Rinologia tornou-se departamento de Rinologia e Cirurgia Estética da Face e aí por diante.

Numa segunda onda, criaram-se rentáveis cursos rápidos de “estética” para qualquer médico. Foram criadas sociedades diversas de “Cirurgiões Estéticos” para validar tais cursos sumários. Os médicos de pouco sucesso, cansados de receber pouco dinheiro e reconhecimento aderiram em massa a essa tendência. Outrora cirurgiões e clínicos, gerais ou especialistas, agora atendem por “especialistas em medicina estética”. Aparentados com os cabeleireiros e, portanto, com os cirurgiões barbeiros coloniais, podem tais médicos ser encontrados em salões de beleza. Depois de tanto tempo, tem-se um retorno; faz-se barba, cabelo, bigode, botox e preenchimento facial. Por que seria diferente, se a principal característica do dispositivo de sexualidade devidamente medicalizado é sua positividade? Hoje em todas as classes exige-se a medicalização da beleza.

4.4 O SÉCULO XXI

No século XXI, com certeza a medicina testa os limites da filosofia. Quando foi feito o primeiro transplante de face, junto com o festejo pelo progresso científico, uma série de valores foi abalada. Após um transplante, a pessoa toma o resto da vida medicação chamada imunossupressora. Esta medicação tem por função inibir a defesa do próprio organismo, que ao reconhecer o novo órgão como estranho o ataca. Esta função é fundamental no corpo humano para debelar de simples resfriados e até impedir o desenvolvimento de tumores. Muitos dos pacientes que recebem este tipo de medicação morrem pelos efeitos de seu uso. Suprimir esta função até níveis mortais é aceito nos casos em que sem o órgão a pessoa estaria já morta. No caso do transplante de face, o problema central é que a correção poderia ser feita por outros meios, como rotação de retalhos e microcirurgias aproveitando o próprio corpo da paciente. Este tipo de procedimento nos retorna ao primeiro relato de cirurgia plástica conhecido. É irônico que, séculos depois, esse procedimento seja substituído por um mais perigoso e mortal. Fruto do conceito de que o sujeito é constituído como legítimo ao ter uma imagem, a cirurgia foi realizada pela razão de que o transplante fica melhor esteticamente.

O cirurgião dessa nova tecnologia do eu pergunta: Conte-me aquilo de que você não gosta em si mesmo? A resposta não é sobre a alma ou a educação, não se pergunta sobre o que não se sabe nem se fala sobre ética. A resposta é sobre o corpo, o paciente traz os modelos e padrões de cinema e revistas. O médico cruza estas informações com suas tabelas e estatísticas de qual é a proporção facial aceitável, vê quanto pode ser mudado e convence o seu cliente a ter um corpo normalizado. Seios pequenos são aumentados; os grandes, diminuídos. Agora a pessoa alcança o normal. Os cirurgiões estéticos clamam que, com um toque de bisturi, poupam anos de terapia. E estarão certos? O dispositivo de sexualidade, além de produzir a confissão da verdade, agora pode produzir rapidamente corpos verdadeiros, normalizados. A promessa é a liberação de um corpo inadequado, que envergonhava por estar longe de um padrão das estrelas da mídia e que, após a cirurgia, pode ser mostrado em trajes de banho. Com disciplina e determinação, por que não se pode descartar envelhecimento, doença e morte?

CAPÍTULO IV

5 A INFLUÊNCIA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO DISCURSO DA MEDICINA

“O que eu procurei demonstrar é que os produtos do poder podem passar aos corpos sem ser realizados e representados pelo sujeito”.
(FOUCAULT, 2001b, p.231.)

Dos formadores do discurso da saúde, a indústria farmacêutica é tão importante quanto dissimulada. Ela exerce sua influência sobre os sujeitos do discurso da saúde, como o médico e a pesquisa médica. Esta indústria multimilionária gasta a maior parte de seus custos no esforço de produzir uma influência positiva de seus produtos na comunidade científica e sociedade. Para seu marketing financia educação, congressos, atualização científica e pesquisas. O tipo de estratégia usado pela indústria farmacêutica, como estatísticas, estudo de populações e manipulação de padrões aceitáveis, é similar às estratégias de um Estado moderno. Um Estado fraco e pouco desenvolvido corre o risco de ser dominado por esta indústria.

5.1 ESPECIARIAS E BOTICAS

A busca de especiarias era uma das mais importantes funções de qualquer colonizador, os portugueses não fugiam à regra. Muitas vezes não havia diferença entre uma especiaria e uma medicação. Na época do descobrimento devemos aos portugueses e bandeirantes o registro do conhecimento das ervas medicinais encontradas no Brasil. Os medicamentos retirados de plantas eram conhecidos como simples. Até o século XIX, a produção de medicamentos era artesanal. Os boticários manipulavam produtos encontrados na região ou colocavam no varejo drogas trazidas, em forma bruta, de outros países. As medicações eram tônicos, depurativos e cataplasmas. Cada um servia para uma infinidade de doenças, sua eficiência era pobre. A manufatura era local e o preço ditado pelo mercado

regional. A doença era encarada pelo viés Hipocrático Galênico. Os humores desequilibrados produziam as doenças, e à medicina cabia restaurar a harmonia.

Em 1600 os Jesuítas apresentavam a única assistência médica em boa parte do Brasil. Esta era tratada como caridade, uma assistência corporal ao trabalho de catequese. Criaram a famosa Teriaga brasílica, que era um medicamento mítico que servia de antídoto contra qualquer veneno, cura para as doenças e tônico para o corpo. Era composta de vários elementos como 78 plantas nacionais, sais e bezoares. Sua fama foi tal que chegou a ser a segunda fonte de renda da ordem na Bahia. Seu uso só entrou em decadência no século XIX. Foram lançados os primeiros livros sobre as doenças brasileiras, como o *Tratado Único Sobre as Bexigas e o Sarampo* de Simão Pinheiro Mourão em 1683. O famoso *Erário Mineral* de Luis Gomes Ferreira relata as doenças e tratamentos usados em Minas Gerais na época. Portugal proibiu a sociedade entre o médico e o boticário assim como os remédios secretos.

Em 1794, a farmacopéia oficial *Farmacopéia Geral para os Reinos e Domínios de Portugal* era obrigatória em todas as boticas do país.

Em 1808, D. João criou as faculdades de medicina. O curso de farmácia iniciado em 1832, era subordinado a ela. O ensino era prático, para formação de mão de obra. Em 1850, nasceu a Sociedade Farmacêutica Brasileira. Em 1884, fundou-se a escola superior de farmácia do Rio de Janeiro. Autônoma do bacharelado de medicina, infelizmente fechou na época da crise do Império.

O *Dicionário de Medicina Popular e Ciências Acessórias* de Pedro Luis Napoleão Chernoviz (1812-1891), que se considerava um iluminista, proliferou pelo país. Era o guia para regiões onde não havia médicos. A população e os boticários guiavam-se por este pequeno tratado que representava o consenso da época.

5.2 O INÍCIO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Em 1828, com a síntese da uréia, Friedrich Wöeller dá o início à industrialização farmacêutica. Os alcalóides começaram a ser sintetizados ou separados de seus compostos. Podemos citar desta época a morfina, emetina, estriquinina, atropina, digitalina e papaverina. Edmund Stone descobre o uso da casca do salgueiro para febres, que possui

como princípio ativo o famoso ácido acetilsalicílico. Estes remédios eram chamados de químicos, eram mais puros, seguros e eficientes.

Embora muitos lembrem a descoberta da penicilina como o marco do nascimento da indústria farmacêutica moderna, foi com os remédios chamados químicos que os boticários começaram a depender de processos industriais e indústrias. As matérias primas para manipulação não eram mais só as colhidas nas suas próprias plantações ou no comércio de especiarias; necessitava-se de estrutura de pequenos laboratórios, que se foram aglutinando e formando as primeiras indústrias de produtos farmacêuticos.

Justus Von Liebig (1803-1873) criou as bases da farmacologia moderna, com a experimentação de substâncias na química e metabolismo humanos. Nasceu a inextricável colaboração entre o químico, o médico e o fisiologista. Nos hospitais prosseguiam tais experimentos agora em *Anima Nobilis*.

5.3 O EQUILÍBRIO DOS HUMORES

Desde o Mundo Antigo, acreditava-se que o desequilíbrio corporal provocava as doenças. Por isto os medicamentos eram chamados de depurativos, tônicos, elixires e reconstituintes. Como equilibravam o organismo, serviam para todos os males. Quem não precisava de uma desintoxicação, uma purgação? Mesmo que os remédios evoluíssem, o raciocínio era o mesmo: conduzir o organismo de volta ao seu equilíbrio perfeito.

Primeiramente o que desequilibrava era a falta ou excesso dos humores: bilioso, fleumático, sanguíneo e melancólico. Este balanço mudou de humoral para iatroquímico, quando Galeno repudiou em praça pública os textos de Hipócrates. Porém trocou este *humor* por seus *arqueus* e, embora a medicação tivesse agora formato de um sal, e o desequilíbrio fosse explicado pelas regras da alquimia, a concepção era a mesma. Boerhaave (1668-1738) equiparou o funcionamento do organismo com polias e roldanas; incluiu a parte mecânica no conceito de equilíbrio e doença, criando a iatrofísica. Novos itens, porém o mesmo objeto de estudo, o mesmo jogo de verdade.

Tomemos como exemplo hipotético um ataque de gota. O paciente obeso, após um lauto banquete regado a vinho, acorda na manhã seguinte com a articulação do hálux inchada. Primeiro, é obvio que o mesmo tem gota. Desde o tempo dos romanos, os

sintomas de inflamação do hálux, associado a abuso alimentar e de bebida alcoólica, eram conclusivos. Segundo, o desequilíbrio, que fornecia excesso de calor ao doente, provocava a doença. O fato de ele estar obeso, inchado e vermelho demonstrava os sinais de pletora. Poderíamos fazer uma boa sangria para retirar este excesso. Se não for o suficiente, uma medicação laxante ou diurética serviria para a purgação do excesso. Redirecionar este calor do hálux para outro lugar com ventosas nas costas poderia ser uma idéia lógica. Segurar um bezoar ou tomar uma teriaga por certo não faria mal algum. Se por acaso alguém duvidasse do nosso tratamento, este seria refutado cabalmente. Demonstraríamos que, se o paciente fizesse os tratamentos e levasse uma vida regrada, não provocando seu desequilíbrio, ficaria livre dos ataques de gota. Finalmente, num momento de fraqueza, se abusasse novamente, o retorno da gota seria a dolorosa prova da nossa verdade científica. Se alguém mencionasse um “erro no metabolismo das purinas herdado e que resulta no acúmulo de ácido úrico no organismo” (concepção atual da gota primária) por certo lhe seria indicado um banho frio ou um purgativo para não enlouquecer de vez. Colocaríamos então sua mão sobre a articulação acometida e falaríamos: não sente o calor querendo sair? Não vê a pletora no paciente?

Quanto à intervenção do médico na doença, ela era organizada em torno da noção de crise. O médico devia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria. A crise era o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Nesta luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença.

A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Nesta luta o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. (FOUCAULT, 2005b, p. 102).

5.3.1 O FIM DA INFÂNCIA

Embora a medicina sempre fosse necessária para os exércitos, enquanto os eles eram formados por camponeses com forcados e mercenários com porretes, a reposição de soldados era tecnicamente mais fácil. Qualquer um que manejasse uma espada poderia substituir um soldado.

Ora, com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército torna-se muito mais técnico, sutil e custoso. Para se aprender a manejar um fuzil será preciso exercício, manobra, adestramento. É assim que o preço de um soldado ultrapassará o preço de uma simples mão-de-obra e o custo do exército tornar-se-á um importante capítulo orçamentário de todos os países. Quando se formou um soldado não se pode deixá-lo morrer. Se ele morrer deve ser em plena forma, como soldado, na batalha, e não de doença. Não se deve esquecer que o índice de mortalidade dos soldados era imenso no século XVII. Um exército austríaco, por exemplo, que saiu de Viena para a Itália perdeu 5/6 de seus homens antes de chegar ao lugar do combate. Esta perda de homens por motivo de doença, epidemia ou deserção era um fenômeno relativamente comum. A partir dessa mutação técnica do exército, o hospital militar tornou-se um problema técnico e militar importante. (FOUCAULT, 2005b, p. 104).

A medicina militar passa a ter importância estratégica. Quem possuísse a melhor medicina podia vencer a guerra. Abrem-se as portas para tecnologias médicas mais eficientes.

No *Nascimento da clínica* (FOUCAULT, 2004a), o médico começou a aprender à beira do leito e o hospital tornou-se escola. O encontro de lesões teciduais encontradas no exame *post mortem* e sua relação entre os sinais e sintomas da doença apresentados em vida pelo doente, localizam as doenças em determinadas partes do corpo. A teoria dos humores, que afetavam o corpo como um todo, começou a se dissipar. Cem anos depois, a fisiologia experimental de Claude Bernard (1813-1878) e a patologia celular de Rudolf Virchow (1821-1902) criaram uma medicina laboratorial, sem o doente, e vislumbrou-se o limite da clínica.

Desequilíbrios, panacéias e depurativos, tudo isto muda definitivamente com a teoria do germen. Em 1885, Louis Pasteur, com a sua vacina antirábica, prova que um microorganismo causa uma doença. Não é pela novidade, nem pelo gosto de ter uma nova teoria. A mudança no raciocínio científico e no discurso se dá é por sua maior eficiência. Não se consegue manter um velho juízo quando o novo reduz os volumosos insucessos do antigo. Seu sucesso muda o entendimento. É preciso agora identificar o agressor. O remédio agora é uma arma; o tratamento, um combate. Acabaram-se as medicações para tudo, cada agente tem sua própria nêmesis. Com as vacinas, que são altamente específicas para suas doenças, vários males, antes invencíveis, caíram por terra. Muitas das doenças “morreram”. Não se tem mais tosse, tem-se pneumonia pneumocócica. Não se sofre de consumpção, tem-se tuberculose. Febres terças e quartãs tornam-se malária. Outras doenças foram realmente exterminadas, como a varíola.

Mudou-se a natureza das doenças. Quem não acompanhou esta mudança ficou antigo como uma teriaga ou bezoar. A ciência de ontem tornou-se uma crendice ou superstição.

O objeto de estudo da ciência tornou-se o germen, a causa. Esta agora não é mais a mudança de um humor ou um desequilíbrio; é uma coisa, um agente vivo. Os males invisíveis tornaram-se microscópicos. O que era doença, como febre terçã (que apresenta picos febris a cada três dias), torna-se um sintoma da nova concepção de mal, ou seja, a febre da malária pode ser terçã. A consumpção (perda de peso abrupta) agora é um indicativo, um sintoma que aponta para causas como a tuberculose, o câncer e a desnutrição. A doença só adquire status de objeto de estudo, quando possui uma etiologia definida. Os jogos de verdade produzidos entre esta objetivação e sujeição produzem novas ciências. As doenças, praticamente todas, mudam de classificação e até de nome. Aparecem os exames complementares, ou seja, o diagnóstico agora pode ser clínico, feito pelo médico ao examinar o doente, ou laboratorial, no qual, debaixo dos microscópios, placas de cultura bacteriana e frascos de reagentes, haverá uma confirmação ou refutação dele. Essa quantificação laboratorial vai adquirir status de ciência e toda uma nova medicina será apoiada nesses métodos. Para a imprecisão humana o exame científico serve de correção. As evidências jurídicas em medicina, que passaram do testemunho para o prontuário e registro no século XVIII (FOUCAULT, 2006b, p.154; 185-186.), agora passam para a prova laboratorial ou criminalística. Esta prova vai possuir a palavra final. Tragam-me as evidências! Bernard Gross funda a análise forense e nasce Sherlock Holmes.

5.4 O BIOPODER FARMACÊUTICO

Já há muito tempo o homem intuía que doenças epidêmicas podiam ser controladas pelo isolamento dos indivíduos doentes. Os leprosários são monumentos desta prática. No nascimento da medicina social e do biopoder, os médicos foram chamados como peritos para a higienização e educação da população. Foram solicitados como arquitetos da saúde. Para dissipar os miasmas e as sujeiras, que criavam as epidemias, os médicos orientavam como deviam ser construídos hospitais, ruas e pontes. Mesmo antes da teoria do germe, o controle e vacinação da população, como no caso da varíola, aumentaram este vínculo entre

estado e medicina. Com o sucesso das medidas de medicalização das cidades, houve o aumento do prestígio da ciência, da medicina e da intervenção do Estado. Quando Pasteur e Koch apresentam a teoria do germe, apareceu uma justificação e explicação científicas coerentes para as medidas de saúde pública.

A partir daí apareceram dois caminhos. O primeiro era fornecer grande quantidade de recursos para pesquisa, laboratórios e testes de medicações, que podem trazer lucro no final, ou não. A industrialização, que seguiu os ditames da ciência, tornou permanente a associação entre a medicina, a farmacologia e a fisiologia. Novos remédios foram produzidos para novas doenças, com novos métodos diagnósticos. A propaganda era para o profissional e não para o paciente, o nível de complexidade aumentou e o nível de eficiência exigido era maior.

Outro caminho, escolhido pelo Brasil, foi de manter as coisas como eram. Para que investir em pesquisa se o seu tônico ainda vendia bastante? Por que fazer propaganda científica se o seu almanaque vende o seu reconstituente por um preço muito mais barato? Se não há como fugir de um novo medicamento, deve-se contar com a caridade do governo na sua obtenção, ou simplesmente importar o remédio e repassá-lo com um saudável lucro. Num país como o nosso, por que apoiar o médico se o povo se medica a si próprio? A propaganda era do remédio que tudo curava, direta para o consumidor. Os boticários lutaram para manter suas consultas de fundo de farmácia, corrigindo humores com tônicos e depurativos. Também pesaram no resultado a ausência de política setorial, o pequeno investimento em inovações tecnológicas e o estímulo ao capital estrangeiro (TEMPORÃO, 1986). Mas foi a escolha pelo popular que definiu o momento. Não importa qual a doença! Para tosse? Bromil. Para sífilis, reumatismo, nevralgias, dores de cabeça, úlceras e queda dos cabelos? Elixir Murmure Caldas. Sinuberase trata neurastenia, dermatoses e prisão de ventre. O Phospho Tiocol Granulado de Giffoni combate raquitismo, tuberculose, coqueluche, fraqueza pulmonar, pneumonia e sarampo. Nasceu uma postura bipolar entre o remédio popular e o científico (TEMPORÃO, 1986). Ou seja, o remédio chamado de “ético” é vendido sob receita, sua propaganda é dirigida ao médico, seu uso é demonstrado por trabalhos científicos e é específico a determinados diagnósticos; às vezes, a uma única doença e em determinada situação. Essa opção estratégica transformou a indústria. Em

1918, dentre os maiores vinte laboratórios, todos eram nacionais, em 1962 nenhum. (EDLER, 2006, p.96)

A indústria farmacêutica no Brasil nasceu no início do século XX e ela encontrava-se em pé de igualdade com as demais no mundo. Durante a primeira guerra mundial encontrou seu apogeu quando fabricava os produtos que eram escassos e de difícil importação. Em 1926 apareceu o livro de referência a *Farmacopéia dos Estados Unidos do Brasil*. Em 1913 havia 765 indústrias produtoras de medicamentos brasileiros. Este número aumentou em 1918 para 1181 e 1329 em 1930. Todos realizados pela iniciativa privada.

No âmbito público foi criada em 1900, inicialmente para conter uma onda de peste bubônica que começou em Santos, uma estrutura formada pelo Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Butantã e Pasteur. No início, os institutos eram pequenos, mas como seguiam o novo consenso técnico, pesquisa em que há união de medicina, farmacologia e fisiologia, esta indústria, mesmo com apoio precário, persiste até hoje com renome internacional.

Na época da 2ª. guerra mundial, a opção de investir em marketing e automedicação, favorecendo as drogas antigas, começou a ser sentida fortemente, causando uma crise na indústria farmacêutica nacional. Os laboratórios internacionais, de posse de novas drogas mais eficientes, tecnologias mais modernas, proprietários de diversas patentes, haviam se tornado uma concorrência esmagadora. No Brasil agiram de tal forma que o que não podia ser suplantado foi comprado.

Com o desenvolvimento de medicações, industrialização e patenteamento, os grupos farmacêuticos se internacionalizaram e geraram enormes riquezas. Comprados os laboratórios nacionais, as farmácias passaram a ser pontos de revenda de medicação produzida fora, ou começaram a vender produtos diversos. Alguns laboratórios nacionais mudaram de produtores de medicamentos para fabricantes de sabonetes e talcos.

Embora com o advento dos genéricos exista um renascimento da indústria, a mentalidade ainda é a antiga. Produz-se um remédio para obtenção de lucro imediato, o investimento em pesquisa ainda é ínfimo.

Como o Estado deve conduzir as populações e a sociedade está medicalizada, os países que estruturaram suas estratégias no biopoder e na indústria de medicamentos, parte fundamental desta estratégia acabou por ultrapassar os que investem pouco na saúde de sua população. O discurso da saúde e a medicalização da sociedade, devido à sua

positividade, e seus efeitos biopolíticos, acabam por criar uma enorme demanda por produtos relacionados à saúde. Se esta demanda não for suprida pela indústria nacional, vai o sê-lo pela importação de medicamentos e de tecnologias. O investimento no biopoder traz também divisas para o país.

Se o Estado moderno tem as características de lidar com uma população mais que um território, usar estatísticas, manipular padrões aceitáveis deste grupo, utilizar mecanismos de segurança e disciplina, e se o tipo de estratégia usado pela indústria farmacêutica é similar, poderíamos fazer o caminho inverso e dizer que estas semelhanças poderiam definir a indústria farmacêutica como um Estado? Um Estado dentro do Estado que ora apóia e ora resiste ao Estado nacional?

5.4.1 O DISCURSO E AS ESTRATÉGIAS FARMACÊUTICAS NO BIOPODER

A influência da indústria de medicamentos na produção do discurso da saúde não pode ser desprezada. Atualmente esta manipula cerca de 200 bilhões de dólares dentre os quais o custo dos medicamentos reflete um pequeno gasto com pesquisa e desenvolvimento e enorme gasto com administração e marketing (ANGEL 2004, p.37). Ao investir no discurso esta indústria tornou-se milionária e mudou o modo pelo qual interpretamos a saúde.

É interessante notar que os grandes grupos farmacêuticos utilizam estratégias como estatísticas populacionais, análises dos pontos de concentração e carência, mudança de padrões, leis e normas. Se os Estados não usam todo o potencial do biopoder, a indústria farmacêutica usa; seu alvo não é mais a doença e sim a população. Uma população que seja capaz de utilizar um medicamento e as estratégias para sua análise, cuidados e ampliação.

Como isto é feito?

5.4.1 Uso de *lobby* político

Primeiramente utiliza-se o *lobby* para influenciar a legislação dos países consumidores. De 1960 a 1980, foram mantidas as vendas de medicamento; de 1980 para

2000 elas triplicaram, tornando-a a indústria mais rentável nos EUA, ano após ano. Em 1980 o senado americano aprovou o *Bay-Dole Act*, que permitiu faculdades e pequenas indústrias patentear descobertas governamentais como as feitas pelo *National Institute of Health* (NIH). Até esta data tais descobertas eram de domínio público. Isto promoveu enorme desenvolvimento de novas empresas de biotecnologia e de fármacos. Contudo, provocou uma estagnação nos departamentos de pesquisa da grande indústria. Já o *Hatch-Waxman Act* em 1984 trouxe uma série de benefícios para a indústria farmacêutica, aumentando o período em que a indústria poderia reter a exclusividade da patente de medicações. Também permitiu a realização de múltiplas patentes para um mesmo medicamento; como, por exemplo, mudando a forma, a dosagem, ou o uso de uma substância já patenteada. Por último, atrasou o lançamento de drogas em sua forma genérica. (ANGELL, 2004, p.15;198)

5.4.2 Financiando e aproveitando tudo

As indústrias descobriram que é mais vantajoso fazer pequenas alterações nas moléculas de remédios já conhecidas que desenvolver novos produtos. Daí a avalanche de produtos similares chamados em inglês *me too*, ou seja, com um pequeno investimento pode-se entrar e dividir uma fatia de um rentável mercado, sem se correr os riscos para descobrir uma droga totalmente nova.

Para testar nova droga, mesmo um similar, é necessário um teste clínico em pessoas. Como a patente de vinte anos começa a contar no início dos testes, as grandes indústrias têm pressa. Para a demanda de voluntários a indústria necessita de hospitais, faculdades e pesquisadores. Ou se aproveitam instituições de ensino, ou se criam organizações para tal. Essas pesquisas são financiadas pelas indústrias, o que já seria um enorme conflito de interesses. A indústria prefere pulverizar as pesquisas em vários lugares, ficando no lugar central para a coleta de informações, o que na prática quer dizer que os dados são controlados, na forma que serão apresentados ou mesmo nem serão apresentados. Os recortes feitos na pesquisa podem servir para maquiagem a eficiência da medicação, reforçando as partes positivas e eficientes e suprimindo as negativas. Por exemplo, revisar os efeitos colaterais na população jovem, mesmo quando a droga será usada em idosos.

Comparar as novas drogas com um placebo e não com a droga mais usada para tal doença. Ao fazer comparação com outra droga, usar uma dosagem insuficiente desta. Retirar do resultado final da pesquisa intervalos ou populações com resultados desapontadores. São usados testes em grupos pequenos e em curto prazo, o que compromete a validade científica dos trabalhos. Ou seja, quando a droga sai para comercialização não é raro a mesma ser tirada de circulação pelos efeitos negativos apresentados que não foram previstos nos testes iniciais.

Estes problemas são predominantes nos trabalhos acadêmicos brasileiros também. Segundo as normas vigentes, a quantidade de trabalhos e o tempo em que são realizados são de suma importância. Precisamos de estatísticas bonitas para um curso continuar funcionando. A qualidade científica geralmente não é o mais importante, e um trabalho revolucionário vale o mesmo que um trabalho medíocre.

5.4.3 Alterando a percepção e fabricando novas doenças

Para aumentar o mercado deve-se aumentar o número de doentes. Pode-se, por exemplo, diminuir os padrões aceitáveis da pressão arterial, colesterol e glicemia. Conseqüentemente um número maior de pessoas necessitará de medicação. Promovem-se as doenças que servem às drogas descobertas, com campanhas de esclarecimento público e inserções em noticiários. Personalidades em entrevistas e novelas comentam o problema para o qual se tem nova substância.

Divide-se o mercado por um diferencial entre as drogas, isto é, na classe dos antidepressivos de uma mesma família as diferenças podem ser pequenas, contudo uma droga é indicada como a melhor para síndrome do pânico, outra para quando há transtorno obsessivo e outra para ansiedade social. Embora tenham o mesmo mecanismo de ação, se apropriam de nichos de mercado distintos. No caso de saturação, podem-se tentar usos não autorizados para a medicação ou fabricar uma doença.

As indústrias estimulam usos não autorizados, que são aplicações que não constam na bula e não foram objeto de pesquisa. Como não podem ser divulgados oficialmente, se paga um palestrante para sugerir em palestras este uso como eficiente, como um truque secreto.

Como fabricar uma doença? Primeiro coletam-se sintomas de uma entidade nosológica mais abrangente, por exemplo, a depressão. Segundo, delimitam-se os sintomas que o depressivo tem, por exemplo, em relação ao convívio social Este se apresenta limitado e prejudicado na doença. Em terceiro lugar, nomeia-se esta variação com o nome de “fobia social”. Por último, borram-se seus limites, de modo que até uma pessoa tímida possa encaixar-se no perfil. Pronto! Temos nova doença e novo mercado para o nosso medicamento. (ANGELL 2004, p.188).

5.4.4 Propaganda direta e disfarçada

Os laboratórios farmacêuticos fazem visitas de marketing nos consultórios médicos. Proclamam a intenção de informar novos lançamentos, de mostrar os diferenciais de seus produtos, fornecer amostras grátis e prover os médicos de materiais ditos científicos. O que é visto é lembrado. Embora seja proibido pelo código de ética médica, estes representantes fornecem também presentes. Alguns são simbólicos, como canetas, pastas e blocos de anotação. Todavia, dependendo da ocasião, esses podem se transformar em financiamento para programas científicos, viagens etc. Os congressos médicos, de longa data, têm espaços para serem alugados e, portanto são financiados parcialmente ou totalmente pela indústria farmacêutica.

O acesso direto aos meios de comunicação já é visto como pernicioso há dois séculos. Porém, a frase “consulte seu médico ao persistirem os sintomas” é o diagnóstico do convite à automedicação realizado diariamente como uma inversão do “consulte seu médico antes de usar qualquer medicação”.

É comum disfarçar marketing como educação, como em campanhas de esclarecimento à população. Dificilmente elas são veiculadas sem um lançamento, ou estratégia de marketing, de um laboratório farmacêutico. (ANGELL, 2004, p.135).

Em uma série de cursos e palestras é feita a propaganda de trabalhos científicos que reforçam o produto e são sugeridos usos não aprovados em bula ou registro. Esta ampliação do uso de um medicamento pode não ser melhor que as terapias antigas e em alguns casos pode ser até perigoso, mas é uma maneira eficiente de aumentar o mercado possível para uma substância.

A pesquisa também pode ser propaganda. Um trabalho sem valor científico ou originalidade, às vezes, é lançado simplesmente para colocar os médicos participantes da pesquisa em contato com a substância a ser promovida. Para aprovar uma droga antiga para uma nova dosagem, um novo meio de administração ou uma nova indicação, são necessários estudos chamados de pós-marketing ou fase IV. Claro, nesse tipo de trabalho ninguém irá trabalhar sem uma remuneração.

Como se pode ver, a propaganda da indústria farmacêutica procura ser onipresente. É onde ocorre a maior parte de seu investimento. Como diria Foucault:

“Seria possível demonstrar igualmente como, nos países desenvolvidos que este controle geral do tempo é exercido pelo mecanismo de consumo e publicidade.” (FOUCAULT, 2001a, p.1485)

5.5 CONTROLE

Pelo menos no Brasil, há um controle das prescrições médicas que vendedores passam para os laboratórios. A indústria sabe quem está prescrevendo, o que, e em que quantidade. Este tipo de conhecimento é reconhecidamente pernicioso na relação entre o médico e o laboratório. É fundamental para orientação de práticas pouco louváveis de marketing e parcerias. Existe também o infame “BO”, bom para otário, ou bonificado. Este é o medicamento em que o farmacêutico recebe uma bonificação quando o vende. Seja esta por prescrição, troca por outro medicamento, ou por “empurroterapia”, é grande motivadora de vendas direta ao público.

Recentemente, a *American Medical Association* AMA (BARCLAY, 2007) vendeu sua base de dados para a indústria farmacêutica. Houve uma série de protestos, pois seu uso não foi autorizado pelos 900.000 médicos e alguns (dois terços) nem participavam da AMA. Este banco de dados, que começou há cerca de cem anos, foi usado para impedir fraudes e abusos, assim como foi de utilidade pública no furacão Katrina, no qual validou os médicos durante a catástrofe. Estes bancos de dados são importantes ferramentas para o uso econômico do marketing farmacêutico. Misturando pelo menos uma dúzia deste tipo de

bancos de dados eles conseguem um retrato fiel do médico e de suas prescrições. No Brasil o controle da indústria praticamente é total. Durante uma epidemia, a prescrição aumentada uma medicação específica de um laboratório, que não faz visitas ou propaganda a um determinado médico, por vezes envia material ao consultório com agradecimento pelas prescrições, blocos de receituário e brindes; o único contato foi o nome nas receitas dos pacientes entregues nas farmácias.

Se modernamente o cuidado de si é mediado pela medicalização, e somos constituídos pelo discurso da saúde, não podemos conter o espanto das estratégias de biopoder utilizadas por esta força internacional, que paralela ou convergente ao poder médico, no dia a dia nos sujeita nos mínimos detalhes. “Não somos nada mais que clientes da medicina” (FOUCAULT, 2001a, p.1249).

V CAPÍTULO

6.1 A MEDICINA PREVENTIVA

Por que houve aumento da medicina chamada preventiva no discurso da saúde? Pouco importa se falamos da medicina tradicional ou da medicina alternativa/complementar. Há grande prestígio no discurso que nos incentiva a tomar medidas que evitem futuras doenças. Exercícios físicos, dietas, vitaminas e medicações são usados como seguro, para um futuro repleto de “qualidade de vida”. Essa prevenção, que começou com a teoria do germe e as campanhas de vacinação, obteve resultados palpáveis na vida das populações. Moléstias como a varíola foram varridas da face da terra. Esse tipo de resultado é um dos objetivos dos controles de segurança e, portanto, fundamental no biopoder. A medicina articula com perfeição estas relações de poder:

Este triplo aspecto do panoptismo: vigilância, controle e correção, parece ser uma dimensão fundamental e característica das relações de poder que existem em nossa sociedade. (FOUCAULT, 2001a, p.1474).

A que servem estas instituições? Podemos caracterizar sua função desta maneira. Primeiramente, estas instituições pedagógicas, médicas, penais ou industriais, possuem a curiosa propriedade de exercer o controle, a responsabilidade da totalidade ou quase totalidade do tempo dos indivíduos; são então instituições que de certa forma, submetem a dimensão temporal da vida dos indivíduos. (Idem, p.1483).

As quatro funções das instituições de correção ou ajuste seriam segundo Foucault (FOUCAULT 2001a, p.1486): controlar o tempo dos indivíduos, controlar seus corpos, criar o poder disciplinar econômico-político-judiciário e extrair dos indivíduos um saber epistemológico. A disciplina terá características herdadas da medicina, como sua diferenciação entre normal e patológico. A regra será similar não à regra jurídica, mas à norma do saber clínico:

Portanto, as disciplinas vão trazer um discurso que será o da regra; não o da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra natural, isto é, da norma. Elas definirão um código que será aquele, não da lei, mas da normalização, e elas se referirão necessariamente a um horizonte teórico que não será o edifício do direito, mas o campo das ciências humanas. E sua jurisprudência, para essas disciplinas, será a de um saber clínico. (FOUCAULT, 1999, p.45)

O nascimento da medicina preventiva se deu junto com o aparecimento da polícia de Estado. Antes havia a noção de higiene, mas não uma medicina organizada e definida como preventiva que propõe padrões, um caminho para evitar doença, envelhecimento e morte.

6.2 DISCIPLINARIZAÇÃO DA SAÚDE

Todo o discurso atual sobre saúde baseia-se num Homem considerado normal. Os indivíduos são chamados a exercer uma série de cuidados para atingir este padrão nos termos de saúde, beleza e juventude. Onde está este Homem normal?

Há muito Aristóteles nos advertia em sua *Metafísica*:

A experiência é o conhecimento das coisas individuais e a ciência das coisas gerais, já toda a prática e toda produção se dão individualmente. Não é ao Homem efetivamente, a quem o médico cura, a não ser por acidente, e sim a Calias ou a Sócrates, ou a qualquer indivíduo que pertença ao gênero humano. (ARISTÓTELES, 1984, p.4.)

Já Foucault ao referir-se sobre a loucura:

A psicopatologia do século XIX, e (talvez aí a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num homo natura ou um homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação: é preciso situá-lo, não num espaço natural, mas num sistema que identifique o socius ao sujeito de direito... (FOUCAULT, 1972, p.176)

Todo discurso midiático é feito para o homem normal, um indivíduo mediano, um discurso que seja compreendido pela maioria o que, além de demonstrar a necessidade de padrão para mídia, serve de desculpa para o tratamento superficial de várias questões.

Existe a necessidade de um padrão na área da tecnologia, sem o qual seu desenvolvimento não seria possível. Desde o começo da época industrial, produz-se para padrões e não para o indivíduo. É de tal monta esta necessidade que, em 1906, um organismo como a *International Organization for Standardization* (ISO) foi criada para produzir padrões internacionais.

A padronização internacional começou no domínio eletrotécnico com a criação da Comissão Eletrotécnica Internacional (IEC) em 1906. O trabalho pioneiro em outras

áreas foi realizado pela Federação Internacional das Associações Nacionais de Standardização (ISA) criada em 1926. A ênfase da ISA foi a engenharia mecânica, suas atividades chegaram ao fim em 1942. Em 1946, delegados de 25 países se reuniram em Londres e criaram uma nova organização internacional, seu objetivo era facilitar a coordenação internacional e a unificação das normas industriais. A nova organização, ISO, oficialmente iniciou suas operações 1947. Até dias atuais, a ISO publicou mais de 15000 padrões internacionais. Seu programa de trabalho engloba normas para as atividades tradicionais como a agricultura a construção, engenharia mecânica e dispositivos médicos. (ISO 2008)

É interessante notar que existe um agonismo nascido no século XIX entre as forças da revolução industrial e seu braço falante, a propaganda, que força o homem para a padronização. Como não há possibilidade de indústria, linha de produção ou produção em massa sem um padrão, a indústria o cria. Paga a mídia para propagar que o modelo é algo aceitável e principalmente desejável. Você deve querer o que eu produzo, ser o padrão que necessito. Boa parte dos discursos modernos é produzida por este mecanismo.

O discurso tem por objetivo um homem dito normal. Contudo, o título de normal certamente não é aplicável a nenhum indivíduo específico. A tentativa de atingir este padrão normal, seja ele de beleza, de saúde ou de conduta, é impossível. Esta incompatibilidade é interpretada como uma falha do indivíduo. O sujeito é então responsabilizado por todo tipo de infortúnio de que se possa padecer. Com esta manobra isenta-se a ciência, os profissionais e principalmente o discurso da saúde de qualquer responsabilidade. Não é estranho, portanto, que se confesse ao profissional de saúde sua anormalidade e se solicite redenção. O homem padrão não sobrevive senão virtualmente.

O objetivo dos padrões é a manufatura em escala industrial de máquinas e objetos para o Homem. Tamanhos padronizados de roupas, automóveis e aparelhos exigem várias medidas do Homem.

São estas medidas hipostasiadas, viradas do avesso, que constroem esse homem virtual, chamado de normal. Por exemplo, para a confecção de aparelhos de proteção individual auditiva, isto é, abafadores de ruído, produziu-se um padrão de sensibilidade média do ouvido humano para cada frequência do espectro. Como a audição pode apresentar uma perda durante a idade do indivíduo outra tabela exemplificando este processo, dito normal, foi confeccionada.

Invertendo sua finalidade, ao invés de ser utilizada para a fabricação de um instrumento para o Homem, as tabelas são usadas em processos trabalhistas como um

modelo de Homem normal. De forma tendenciosa desconta-se o padrão, para determinado sexo e idade, da perda que um singular indivíduo sofreu num acidente no trabalho, porquanto, segundo este discurso, o indivíduo deveria ter uma perda padrão de audição. Como a audição é única para cada indivíduo, grandes distorções e injustiças são produzidas com tal método. Usa-se o padrão da máquina para avaliar a audição de Calias.

Na tecnologia da medicina também há a necessidade de um padrão a ser considerado normal, ou seja, fora dele há a doença. Embora necessário, seus defeitos apresentam-se constantemente na prática médica. É pontual a consulta de um paciente para ter seu exame fora do padrão avaliado. Muitas vezes ele é diagnosticado como absolutamente saudável apesar de fora dos valores modelo. Toda a medicina preventiva ou estética é baseada exclusivamente no Homem normal.

No nascimento da clínica, Foucault já percebe este problema entre o padrão do homem, o padrão da doença e o indivíduo:

A principal perturbação é trazida com o próprio doente e por ele. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo, o seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, **o médico deve abstrair o doente**: “É preciso que quem descreva uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente.” (Sydenham).

Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação a aquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Claro, é preciso conhecer "a estrutura interna de nossos corpos"; mas isso para melhor subtraí-la e libertar, sob o olhar do médico, "a natureza e a combinação dos sintomas, das crises e das outras circunstâncias que acompanham as doenças". (Clifton) Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença. (FOUCAULT, 2004a, p.7)

Todo o médico já desejou que seu paciente sumisse. Durante o diagnóstico é justamente o indivíduo que leva o médico a um diagnóstico errado. Omitindo informações, exagerando alguns sintomas e encobrindo outros. É o corpo do sujeito que os confunde quando os sinais da doença não se expressam de forma reconhecível. Tudo é mais fácil numa sala de aula ou no livro texto. O duro choque da realidade pluriforme e de múltiplas possibilidades que transforma a medicina de ciência exata em arte.

O mesmo problema é encontrado, quando o alvo do discurso é a doença. Salvo raros exemplos, falamos de fantasmas da imaginação, colchas de retalhos de fatos soltos ou boatos. Por exemplo, quem nunca emitiu uma opinião sobre sinusite? Fala como se esta fosse uma coisa só, um objeto definido e reconhecível prontamente, uma doença ideal num homem ideal. Contudo do que realmente falam? No último consenso médico, classificaram-se mais de cinquenta sinusites diferentes de diversas formas. Mesmo que possuam fatos de experiência pessoais, de qual delas se fala? Que tipo de quimera é feito, juntando-se as partes de diferentes doenças tanto por origem, evolução e tratamento, sob o nome de sinusite? E mesmo que corretamente classificadas e reconhecidas, como se porta a mesma doença em indivíduos diferentes?

6.3 O DISCURSO DA SAÚDE, A ARTICULAÇÃO DA MEDICINA, ENTRE BIOPODER E DISCIPLINA.

O discurso da saúde é uma das ferramentas mais importantes para a medicina. O discurso sobre prevenção de doenças, manutenção da saúde, padronização de modelos estéticos, higiene etc. perpassam a sociedade de cima a baixo. A medicina articula o biopoder, que age na população e a disciplina, pois também age no indivíduo:

O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população. (FOUCAULT, 2005b, p.111).

Esta função disciplinadora da medicina nunca foi tão necessária para gerir a população quanto no biopoder:

Mas nunca a disciplina foi tão importante, tão valorizada quanto a partir do momento em que se procurou gerir a população. E gerir a população não queria dizer simplesmente gerir a massa coletiva dos fenômenos ou geri-los somente em nível de seus resultados globais. Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A idéia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. Devemos compreender as coisas não em termos de substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade disciplinar e desta por uma sociedade de governo. Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. (*Idem*, p.291).

Com a medicina preventiva é possível a medicalização, padronização e disciplinarização, além da doença, o próprio estado de saúde. Ou seja, a pessoa saudável pode ser objeto da disciplina e do biopoder.

O hospital muda de local de isolamento para ferramenta médica. Este deve curar e devolver a produtividade ao indivíduo. A doença será ali exposta panopticamente gerando dados para o saber médico. O ensino médico será hospitalar e à beira do leito o exemplo da doença é exposto e aprendido. Menos assistência e mais terapêutica, afinal o hospital deve ser uma fábrica que produz corpos saudáveis e não um consumo sem retorno de recursos. (FOUCAULT, 2001b, p.27)

O trabalho também foi medicalizado. O progresso e revolução industrial criaram uma série nova de ocupações e de ofícios. A relação entre as doenças dos operários e seu trabalho foi organizada na obra *De Morbis Artificum* por Bernardo Ramazzini em Pádua em 1700. Aparece a medicina do trabalho. (WAIN, H. 1970, p 12) Com a vacinação, que acaba por controlar e depois eliminar a varíola, e a teoria do germe, a medicina consegue fornecer a matéria, da qual os sonhos do Estado são feitos; é possível sonhar com uma medicina que previna as doenças: “Era uma vez, não muito tempo atrás, o mundo era um lugar muito perigoso de viver. Pragas periódicas, pestilências, pandemias e epidemias varriam o mundo como ondas e marés, deixando atrás morte, doença e misérias humanas.” (WAIN, H. 1970 p.vii)

Controle populacional é assunto de lei. Esta regula os mínimos detalhes da vida do trabalhador. Qualquer trabalhador brasileiro está sujeito primeiro a exame médico na admissão na empresa. Segundo exames periódicos, que vão de exame físico simples até audiometrias e exames de sangue, dependendo do tipo de trabalho, com periodicidade definida por lei. Terceiro exame ao deixar a empresa. Atualmente a lei 6514 de 22 de dezembro de 1977 que veio substituir o Capítulo II da Consolidação das Leis de Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho, apresenta Normas Regulamentadoras ou NR.

NR-1 Disposições Gerais, NR-2 Inspeção Prévia, NR-3 Embargo ou Interdição [NR-4 Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT](#), NR-5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA NR-6 Equipamentos de Proteção Individual – EPI, [NR-7 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO](#), NR-8 Edificações, [NR-9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA](#), NR-10 Instalações e Serviços em Eletricidade, NR-11 Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais, NR-12 Máquinas e Equipamentos, NR-13 Caldeiras e Vasos de Pressão, NR-14 Fornos, [NR-15 Atividades e Operações Insalubres](#), NR-16 Atividades e Operações Perigosas, NR-17 Ergonomia, NR-

18 Condições e meio ambiente de trabalho na indústria de construção,NR-19 Explosivos,NR-20 Líquidos Combustíveis e Inflamáveis,NR-21 Trabalho a Céu Aberto,NR-22 Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração,NR-23 Proteção Contra Incêndios,NR-24 Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho ,NR-25 Resíduos Industriais,NR-26 Sinalização de Segurança,NR-27 Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho e Previdência Social,NR-28 Fiscalização e Penalidades,NR-29 Segurança e Saúde no Trabalho Portuário,NR-30 Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário,NR-31 Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura,NR-32 Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde,NR-33 Segurança e Saúde no Trabalho em Espaços Confinados. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2008)

Elas esquadriham as minúcias a vida do trabalhador, impondo à empresa e ao trabalhador horário de trabalho, uso de equipamentos de proteção individual, até a periodicidade que se deve fazer determinado tipo de exame de urina. Esta regulação é bem recebida por ambas as partes. Os trabalhadores usam as leis como estandarte para defesa de seus direitos e impedir os abusos à sua saúde pela empresa. A empresa aproveita das informações dos exames e estatísticas para controle de pessoal. Por último, o governo fiscaliza e pune qualquer uma das partes que não cumpra as obrigações. Os dados colhidos e seu controle são focos da governamentalidade.

Em segundo lugar, a população aparecerá como o objetivo final do governo. Pois qual pode ser o objetivo do governo? Não certamente governar, mas melhorar a sorte da população, aumentar sua riqueza, sua duração de vida, sua saúde, etc. E quais são os instrumentos que o governo utilizará para alcançar estes fins, que em certo sentido são imanes à população? Campanhas, através das quais se age diretamente sobre a população, e técnicas que vão agir indiretamente sobre ela e que permitirão aumentar, sem que as pessoas se dêem conta, a taxa de natalidade ou dirigir para uma determinada região ou para uma determinada atividade os fluxos de população, etc. (FOUCAULT, 2005b, p. 289).

Quanto mais desenvolvido é o país, maior é o controle e assistência da saúde do trabalhador. As regulamentações estão progredindo em termos de abrangência e detalhe, ano após ano. Este mecanismo poderoso não encontra resistência e abrange cada vez mais a sociedade. Recentemente, mesmo sem a obrigação da legislação, têm-se formado nas empresas programas de saúde preventiva. Sob o discurso de bem-estar e qualidade de vida, os funcionários são encaminhados a exames preventivos. Por exemplo professores, funcionários de *call-center*, são obrigados a exames de voz periódicos. Com o bom desempenho nos exames, têm seus empregos mantidos ou até são promovidos. Pessoas com problemas ou defeitos são discretamente dispensados, realocados ou não sobem na carreira.

Para o crime da anormalidade é oferecido tratamento como opção, que vai de remédios, reabilitação e até mesmo à cirurgia. O discurso de saúde e qualidade de vida é obrigatório, ou seja, ou se normaliza, ou se é dispensado. No mesmo espaço entram os programas antifumo e contra drogas, alimentação individualizada no refeitório da empresa, exercícios físicos, controle de peso e até o controle da qualidade do sono. Também se tornou prática comum o exame médico obrigatório antes de: carteira de habilitação, curso de mergulho, brevê de piloto, arrais para pilotagem de barcos, natação, e todo tipo de atividade física. Crianças fazem triagens médicas na escola e em caso de problema necessitam de um laudo médico, liberando o seu retorno. “A medicalização é evidente nos avisos de risco à saúde em eventos comuns. As pessoas são constantemente levadas a conduzir suas vidas diárias de modo que evitem doenças ou morte prematura” (PETERSEN A.; BUNTON. R., 2006. p.101)

6.7.3 A QUEBRA DO SIGILO MÉDICO:

Desde os tempos hipocráticos, a confidencialidade, do que o paciente fala durante a consulta, é um dos pilares da profissão médica. É um direito do paciente e só com sua anuência pode ser quebrado. Atualmente o sigilo médico é protegido por código de ética e lei. Não se pode esperar uma consulta médica verdadeira se o paciente tiver os seus problemas íntimos publicados ou revelados. Torna-se uma encenação ou farsa prejudicial para médico e paciente. A ausência de conflito de interesses do médico também é essencial. Ele deve trabalhar para o doente. Fidelidade e pagamento de salário por parte da empresa, laboratório ou governo é um empecilho para o correto exercício da profissão.

Há necessidade de um saber médico administrativo. Onde devemos promover campanha de aleitamento materno? Onde se deve reforçar a vacinação? Onde e quando distribuir medicamentos? A higiene escolar diminui a mortalidade? O saber/poder pode curar. (FOUCAULT, 2001b, p. 23)

Para se facilitar a troca de conhecimentos e experiências a padronização das doenças também foi inevitável. É preciso saber do que se fala para cumprir exigências do método científico como a reprodutibilidade. O padrão atual remonta ao século XVIII, a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde é a última de uma série que se iniciou em 1893, como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte:

Recordou-se na Conferência a impressionante história de uma classificação estatística que remonta ao século dezoito. Enquanto as primeiras revisões da classificação diziam respeito somente às causas de morte, a partir da Sexta Revisão, em 1948, suas finalidades se expandiram passando a incluir doenças não fatais. Esta expansão continuou até esta nona revisão ocorrendo algumas inovações para atender às necessidades estatísticas das mais diversas organizações. Acresce também que na Conferência Internacional para a Nona Revisão (Genebra, 1975) foram feitas e aprovadas recomendações para serem publicadas, para fins experimentais, classificações suplementares de procedimentos em medicina e de deficiências, incapacidades e desvantagens. (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 2008)

Com o desenvolvimento do biopoder, o padrão se torna universal e obrigatório paulatinamente. O grau de detalhe e abrangência aumentou:

Ficou claro, pelos comentários recebidos, que muitos usuários desejariam que a CID incluísse outros tipos de dados além da "informação diagnóstica" (no sentido mais amplo do termo) que sempre havia incluído. Visando atender às necessidades desses usuários, surgiu o conceito de uma "família" de classificações tendo como núcleo central a tradicional CID com sua forma e estrutura já conhecida. (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS 2008)

Nos anos oitenta, há o aparecimento do CID como exigência, primeiro no Sistema Único de Saúde (SUS) e, progressivamente, nas seguradoras e medicinas de grupo. Sem o CID (o diagnóstico da doença expresso por um código) não se paga a consulta, não se libera o exame e não se interna. Esta informação pessoal, na melhor das hipóteses, pode ser acessada pela seguradora de saúde para estatísticas de saúde, mas na era da internet sabe-se bem que as informações são sigilosas até certo ponto, no mundo virtual. Sem se contar com uso de má fé explícita na utilização dos dados para não renovar contratos, pagar sinistros, liberar exames e procedimentos, e até para aumentar mensalidades...etc.

A exigência de revalidação de atestados por médico do trabalho, que é uma agressão frontal ao princípio de autonomia e livre escolha do indivíduo, tornou-se norma. A exigência do CID no atestado é uma simples quebra do sigilo médico-paciente e tem-se tornado uma rotina, ilegal, diga-se de passagem, que o paciente tem solicitado ao médico. Se o paciente pede, o médico pode revelar o conteúdo sigiloso de seu tratamento. É um verdadeiro sonho do setor de pessoal das empresas. Podem-se despedir doentes crônicos e viciados, diminuir as faltas, melhorar a escolha de pessoal saudável na contratação de mão

de obra, implantar programas de disciplina dos funcionários, evitar processos trabalhistas. Pode-se até escolher a preferência sexual dos empregados. Como isso é feito?

Em maio de 2003, a ANS (Agência Nacional de Saúde) iniciou o trabalho de pesquisa e elaboração da TISS (Troca de informações em saúde complementar), a partir de convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. O grupo de trabalho criado na Agência analisou os padrões e informações já trocadas no mercado, com o objetivo de propor um modelo unificado de troca de informações em saúde suplementar. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2009)

O uso das informações, não é segredo:

A informação, ferramenta fundamental para o setor de saúde suplementar, norteia avaliações clínicas, epidemiológicas e gerenciais, orienta decisões e planejamentos, embasa as estatísticas da ANS e de outros órgãos governamentais. (idem)

De agora em diante todo o procedimento na área da saúde gera informação:

As Guias definidas no padrão TISS são: Guia de Consulta, Guia de Serviço Profissional/ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT), Guia de Solicitação de Internação, Guia de Resumo de Internação, Guia de Honorário Individual, Guia de Outras Despesas. (idem)

As informações contidas nas guias são ricas em detalhes, desde o CID, início da doença, hora da consulta, até se a doença é aguda ou crônica. Por exemplo, a guia de consulta possui 98 campos a serem preenchidos.

Não se pode entrar em determinados países sem o certificado de algumas vacinas. O mesmo vale para regiões e cidades no próprio país. A liberdade de ir e vir se choca com o controle de doenças transmissíveis e é anulado num estado de quarentena.

Foi-se o tempo da revolta da vacina da febre amarela. Agora, em vez de se rebelar contra a vacina, a revolta é se elas faltam, e o problema da saúde não é o indivíduo que não tomar a vacina, mas aquele que tem hepatite por ter tomada duas ou três doses da vacina do vírus ativo. A natureza dupla do biopoder, que de um lado permite o controle e disciplina populacional, e de outro protege e fomenta a saúde do indivíduo encontra pouca resistência. A revolta agora é se falta o biopoder. Vacinas, postos de saúde, hospitais e medicações são plataformas eleitorais.

Capítulo VI

7. A MEDICALIZAÇÃO DA ALMA

Nota-se atualmente grande crescente interesse pela medicina chamada alternativa, contudo que estratégias se encontram neste tipo de discurso da saúde? Qual a alternativa que nos é oferecida? Analisaremos este discurso apoiados na análise de Michel Foucault. Se o suplício do corpo foi abandonado, modernamente, pelo suplício da alma, a medicalização, sem abdicar do corpo, campo da medicina tradicional, irá apropriar-se da alma, via medicinas complementares ou alternativas. Se o domínio da medicina e a doença se tornaram um espaço privilegiado para o desenvolvimento e a fabricação de si mesmo, ao contrário do discurso prevalente na nossa sociedade, as medicinas alternativas são estratégias de uma medicalização mais abrangente.

7.1 DISCIPLINA

Às quatro da manhã ela estava enrolada em lençóis molhados e permaneceu assim por três ou quatro horas, logo após foi conduzida de uma intensa sudorese para um banho de imersão em água gelada. Seguiu-se uma caminhada até onde a condição a permitiu. Bebeu cinco ou seis canecas de água gelada. Às onze horas da manhã tomou uma ducha de água fria, caindo de uma altura de pelo menos oito pés, por dez minutos. Então nova caminhada seguida de três ou quatro copos d'água. Às três da tarde recebeu banho sentado com água mais gelada possível, por meia hora. Caminhar e beber novamente. Nove horas da noite: lava-pés de água gelada e após esfregá-los até aquecê-los. Envolver-se em bandagens molhadas, pelo menos um terço do corpo e membros afetados e retirar-se para dormir. Estas bandagens devem se usadas o dia todo e molhadas para não secarem. (WORTHON, 2002, p. 77)

Nota-se uma semelhança na descrição da hidroterapia acima e o regulamento da casa dos jovens detentos redigido por Leon Faucher, incluído em *Vigiar e Punir* (Foucault 2006b, p10), como por exemplo, a disciplina do corpo e a utilização do tempo. “A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos reguladores.” (FOUCAULT, 1999, p. 302)

Veremos que esta semelhança não é gratuita. Em *Vigiar e Punir*, os exemplos eram para demonstrar que modernamente o suplício do corpo foi abandonado pelo suplício da alma. Queremos sugerir que a medicalização sem abdicar do corpo, que é o campo da

medicina tradicional, irá apropriar-se da alma via medicinas complementares ou alternativas. A sociedade disciplinar (FOUCAULT, 2006b, p.173;179) irá receber a medicalização integral do indivíduo de braços abertos. “Em uma palavra, as disciplinas são os conjuntos de minúsculas intervenções técnicas que permitiram fazer crescer a extensão útil das multiplicidades fazendo diminuir os inconvenientes do poder que, justamente para torná-las úteis, deve regê-las.” (*Idem*, p. 181).

Ao contrário do sonho dos praticantes alternativos: “‘O dia da pílula, do pó e do bisturi está próximo’ afirmou um quiroprático em 1903” (WORTHON, 200, p. 19). A medicalização da sociedade unirá os lados opostos medicalizando tudo: “Nessa última revolução curativa os médicos estão misturando a medicina convencional com as terapias alternativas, usando a combinação para tratar **tudo**, desde gripe até câncer.” (WORTHON, 2002, p. 297). “Há sinais que a alopatia e a medicina alternativa estão casadas e felizes e estão em **todos** os lugares” (*Ibidem*) (negritos meus)

7.2 O NASCIMENTO DA MEDICINA “ALTERNATIVA”

Durante séculos a medicina não sofreu fiscalização. Qualquer um podia ser médico. Bastava acompanhar um prático, escola ou culto. A diferenciação era feita pela qualidade ou sucesso do praticante. Se por um lado existia o médico do rei, por outro nenhuma escola era a oficial ou doutrina verdadeira. A lei comum, como no código de Hamurabi, por exemplo, era seu limite.

As primeiras regulamentações da matéria médica foram religiosas. Devido ao seu nascimento nas noções de impureza e perigo (DOUGLAS, 1991, p.43), inicialmente a função religiosa, médica e nutricional era indistinta. A medicina lutou desde Hipócrates para diferenciar-se, contudo até hoje existe indefinição e tentativas de regulação.

Nos séculos XVI e XVII, com a sociedade disciplinar, nasce a regulamentação da medicina pelo Estado. Surgem os médicos oficiais, as escolas regulamentadas e a polícia médica. Antes o charlatanismo e o curandeirismo eram ofensas trocadas por diferentes escolas, porém a partir do século XVII isso passa a se tratar de problema de Estado: “não haverá não médicos” formulava Kant (1796). Preocupados com a saúde e a segurança de

suas populações, os Estados elegem para medicina oficial a medicina baseada no método científico.

O termo medicina “alternativa” nasceu aí. É uma alternativa à medicina oficial. Contudo, apesar de não ser a medicina considerada “oficial”, nunca sofreu forte repressão do Estado. Quando sofreu, não foi por comprometimento com a sociedade científica, e sim por desencadear mecanismos de segurança do Estado, que defendem a saúde da população, porque o objeto do Estado é a população, sua segurança e controle, e o da medicina oficial o corpo e o método científico. Embora muitos considerem os objetos das ciências da saúde e a saúde estatal iguais, é esta sutil diferença que cria o espaço do discurso alternativo. Ou seja, se a ocupação do conjunto da segurança e controle da população não é totalmente preenchida pela medicina oficial, algo será colocado para preencher este espaço. É por este motivo que as nações de maior desenvolvimento, que apresentam maior controle e desenvolvimento do biopoder, têm suas medicinas alternativas mais desenvolvidas também.

O discurso antes privilegiava, de forma fraca, o praticante da medicina, ou seja, este era reconhecido por sua habilidade. Ao contrário, com a regulamentação estatal existem indivíduos que portam o selo oficial. A estes cabe o privilégio e a obrigação impostos pelo Estado. É necessário o saber, pois devem possuir o conhecimento técnico da medicina oficial para o domínio das relações baseada nela. Produz-se assim um discurso que fortalece sua posição. Daí a origem do discurso atual da saúde, que antes de propagar verdades científicas, serve para manter uma relação de saber/poder apoiando-se num prazer do sentir-se bem:

“Daí decorre também o fato de que o ponto importante será saber sob que formas através de que canais, fluindo através de que discursos o poder consegue chegar às mais tênues e mais individuais condutas.” (FOUCAULT, 1976, p.20)

No “Nascimento da clínica” Foucault comenta sobre o poder do “clero terapêutico”:

Os dois sonhos (i.e., a profissão médica institucionalizada e o desaparecimento da doença) são isomórficos; a primeira, expressando-se de modo estrito, militante, uma medicalização dogmática da sociedade, uma conversão quase religiosa da sociedade num clero terapêutico; a segunda, expressando a mesma medicalização, porém num modo triunfante, negativo, que vale dizer que a volatilização da doença num modo correto, organizado e numa supervisão incansável do ambiente, no qual a medicina poderia finalmente desaparecer com o seu objeto e *raison d'être*. (FOUCAULT, 2004a, p. 34).

O discurso de resistência à medicina oficial é proferido pelos praticantes da medicina, agora chamados de alternativos. Contudo estes falham em oferecer alternativa à medicalização. Equivocam-se ao tentar a oposição à medicina oficial e disciplinar, mantendo o mecanismo da medicalização, que querem funcionando em seu favor: “Quando se resiste ao poder não é suficiente denunciar uma violência ou criticar uma instituição; é necessário criticar o tipo de racionalização atrás das relações de poder. Ao contrário, outras instituições com os mesmos objetivos tomarão seu lugar.” (FOUCAULT, 2001b, p. 980). Não escapam do poder disciplinar e do biopoder, que vêm pela medicalização da sociedade. Conrad (2007, p.5) diz que a chave da medicalização é a definição. Se o Estado define que é a medicina e os indivíduos que podem exercê-la, aí nasce a possibilidade de medicalização. Seja dos humores, ventos e miasmas, lesão tecidual, sintomas, homens ou populações, o que for definido como campo da medicina, será medicalizado. A disciplina é a outra chave da medicalização: “É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização.” (FOUCAULT, 2005b, p.107)

7.3 A MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE

A medicalização é o processo em que o discurso médico se apropria de objetos. Medicalização da sociedade é o termo utilizado, quando há a conquista de objetos que eram vistos como da própria condição humana e se vão tornando doenças por meio de definições, diagnósticos, tratamento e uso da linguagem da medicina.

Embora o foco da medicalização seja o padrão normal saudável e seus desvios, esta faz um largo recorte incorporando amplas áreas da vida humana.

Comportamentos vistos como imorais, pecaminosos ou imorais foram colocados nos moldes médicos transformando-os de maldades em doenças. (CONRAD, 2007, p. 6).

A medicalização como nós conhecemos nasce, portanto, do casamento da medicina com o Estado. Se o Estado trata da população, com a medicalização e o discurso da saúde, este alcança o indivíduo. “O desenvolvimento da medicina, a medicalização geral do comportamento, das condutas, dos discursos, dos desejos etc., se dão na frente aonde vêm

encontrar-se os dois lençóis heterogêneos da disciplina e da soberania”. (FOUCAULT, 1999, p. 46)

Contudo a medicalização será uma força que superará as fontes originais.

Muitos dos primeiros trabalhos assumem que a chave da medicalização é o médico. Illich (1976) usa o bordão equivocado: ‘Imperialismo médico’. Contudo logo se tornou claro que a medicalização é um fenômeno muito mais complexo que a anexação de novos problemas pelo médico e a medicina. Em casos como o alcoolismo esta foi realizada por um movimento social (alcoólicos anônimos). Até os dias de hoje o profissional médico e a medicina estão envolvidos marginalmente no tratamento da doença, e estes tratamentos não são requisitos para sua medicalização. (CONRAD, 2007, p. 6)

A medicalização pode ser positiva, pois explicações médicas providenciam coerência nos sintomas sentidos, validação e legitimidade dos problemas de um grupo de pacientes. (Idem, p.11)

É comum que estes grupos forcem o Estado e as seguradoras de saúde, geralmente com o apoio da indústria farmacêutica, a reconhecer novas doenças e fornecer tratamento, pago pelo governo, por meio de medidas judiciais. “Nossa sociedade parece ter definido um modo privilegiado e socialmente aceito de sofrer, um modo medicalizado de administrar nossos fracassos e angústias.” (CAPONI, 2009, p.7)

Conrad (2007, p. 8) mostra como a medicalização irá procurar a raiz da doença no indivíduo mais que no habitat social. A outra chave da medicalização, que é a disciplina, atua sobre os indivíduos e seu corpo. Portanto ela atua como uma tática pastoral. O pastor em Foucault (2001b, p. 956-957), ou o médico no nosso caso, exerce seu poder mais numa população que num território. Guia e conduz seu rebanho. Assegura sua saúde. Tem o poder acompanhado do dever. Contudo, o pastor vela tanto por seu rebanho quanto sobre cada indivíduo. Foucault (2004b, p.203) comenta que a medicina foi uma das grandes herdeiras do pastorado: “A pastoral, a nova técnica diplomático – militar e, enfim a polícia – creio que foram esses os três grandes pontos de apoio a partir dos quais se pôde produzir esse fenômeno fundamental na história do Ocidente, a governamentalização do Estado.” (FOUCAULT, 2004b, p. 113)

O problema é que a medicina não cumpria este papel disciplinar na totalidade. A medicina oficial, ligada ao método científico, como é característico nos sistemas disciplinares, produzia um resíduo:

O ponto em que os sistemas disciplinares que classificam, hierarquizam, vigiam, etc., vão esbarrar consistirá naqueles que não podem ser classificados, naqueles que escapam da vigilância, os que não podem entrar no sistema de distribuição; em suma, vai ser o irreduzível, o inclassificável, o inassimilável. Eis o que vai ser, nessa física do poder disciplinar, o ponto limite. Ou seja, todo o poder disciplinar terá suas margens. O desertor, por exemplo, não existia antes do exército disciplinado. ”(FOUCAULT, 2006a, p. 66-67)

Assim não havia medicina alternativa antes da disciplinarização da medicina que seria a oficial. De modo similar à crise do pastorado do século XVI, haverá o aparecimento de “contracondutas” médicas. Deseja-se a condução médica, mas de formas alternativas, como convém e onde convém, mas que não rejeitam a medicina totalmente. Quanto maior o número de medicinas alternativas, maior será o campo da medicalização.

A grande crise do pastorado e os assaltos das contracondutas que permitiram esta crise não levaram a uma rejeição global de toda conduta, mas a busca multiplicada para ser conduzido, mas como convém e aonde convém. Donde a multiplicação das ‘necessidades de conduta’ no século XVI. (FOUCAULT, 2004b, p.237, rodapé)
Podemos dizer que a medicina foi uma das grandes herdeiras do pastorado. E na mesma medida suscitou uma série de revoltas de conduta que podemos chamar de uma forte dissidência, que depois do século XVIII aos nossos dias, se apresentou como revoltas à vacinação, recusas de certo tipo de racionalidade médica, num esforço de constituir heresias médicas em torno de medicinas que usavam a eletricidade, magnetismo, ervas e medicinas antigas. A recusa à medicina é de certo modo frequente em grupos religiosos, e é onde se pode ver como movimentos de dissidência religiosa podem ligar-se a resistência contra condutas médicas. (FOUCAULT, 2004b, p.203)

7.4 A DISCIPLINARIZAÇÃO DA ALMA

Embora Platão já propusesse essa divisão, os autores de medicina alternativa lembram sempre que Descartes formulou um dualismo entre corpo e alma. Este dualismo se tornou definitivo quando Kant (1796) separou o anatomofisiológico e o psicometafísico em planos diferentes. Portanto foi possível agora a acumulação de conhecimentos externos ao sujeito e foi possível explorar o corpo sem profanar a alma. O grande desenvolvimento da medicina veio dessa época. O conhecimento passou a ser cumulativo. Como se podia explorar o corpo, a relação entre a doença e o corpo podia ser pesquisada. A medicina apoderou-se do corpo. Alma ainda sagrada não era seu domínio. Este é um fato da história da medicina oficial que a manteve junto ao corpo e ao método científico.

Porém, como veremos, a medicalização mostrou-se mais abrangente do que o conjunto da ciência ou do método científico, e está intrinsecamente ligada ao normal e ao anormal, ou seja, à normalização e disciplina.

As estratégias centrais do poder disciplinar são a observação, o exame, a medida e comparação de certo grupo de indivíduos a uma norma estabelecida, colocando-os num campo de visibilidade. Isto não é exercitado a princípio pelo método de coerção e força (embora assim seja algumas vezes), mas muito mais pela persuasão dos sujeitos de modo que pensem e se comportem de determinada maneira. (PETERSEN; BUNTON, 2006, p. 99)

É a positividade da medicalização que a torna tão atraente: “O diagnóstico pode legitimar uma série de problemas humanos.” (CONRAD, 2007, p. 11). “Analistas apontam como causas a diminuição da influência religiosa, o aumento na crença da ciência, o racionalismo e o progresso, o prestígio da medicina” (*Idem*, p. 8).

Durante a segunda guerra mundial, a medicina sofreu enorme progresso. Era tratada como uma arma. A penicilina, por exemplo, recebeu o nome de “magic bullet”, devido a sua eficiência. Houve um recrudescimento acentuado do interesse em medicinas alternativas, algumas até desapareceram.

Nos anos cinquenta e sessenta, houve uma reação ao discurso de guerra que havia acabado. O hedonismo do pós-guerra foi terreno fértil para o uso recreativo de medicações que alteravam a consciência, como no movimento *Beatnik*. Nos anos sessenta embalado pelos ventos da contracultura, houve um crescimento das opções à medicina tradicional. O discurso era sobre uma sociedade alternativa, sexualidade alternativa, a procura de alternativas ao capitalismo empresarial. Esta medicina também passou a ser chamada de alternativa. E aparentemente, de todos os movimentos é o que mais perdura.

O problema da alma e da mente reacendeu com a psicofarmacologia. Timothy Leary e outros passaram a experimentar drogas como o LSD primeiro como medicação para doenças mentais, e depois como experiência pessoal. Aldous Huxley abriu as portas da percepção. Apareceram os movimentos de liberação de drogas e sua repressão. Era patente que drogas podiam afetar a mente e a alma. O shamanismo e medicinas tradicionais e religiões que usam substâncias para alteração de consciência (RÄTSH, 2005, p.14-16) reapareceram. O discurso da medicina alternativa renasceu nesta época. “A fusão da homeopatia no movimento de contracultura nos anos sessenta e setenta demonstra um

desejo de revitalizar, purificar, unificar o corpo individual ao político”. (JOHNSTON, 2004, p. 37)

A rapidez da medicalização é muito maior que o progresso científico. Um mal-estar, um desconforto que é rejeitado pela medicina oficial encontra sua medicalização nas medicinas alternativas. “Artur Barsky e Jonathan Boros destacam que a tolerância da população a sintomas leves diminuiu, conduzindo à ‘medicalização progressiva do mal estar e sintomas isolados em doenças classificáveis’” (CONRAD, 2007, p.6). A medicina alternativa “estava interessada num cuidado com o paciente que prestasse atenção no estado nutricional, emocional, psicológico e social do indivíduo”. (JOHNSTON, 2004, p. 39)

Foucault percebe a transformação da visão cristã da alma, para uma alma que será objeto do poder disciplinar:

Antes mesmo de o gesto ser feito, alguma coisa deve poder ser detectada, e o poder disciplinar deve intervir; intervir de certo modo antes da manifestação, antes do corpo, do gesto ou do discurso, no nível do que é a virtualidade, a disposição, a vontade, no nível do que é a alma. E vocês vêm projetar-se assim, por trás do poder disciplinar, algo que é a alma, uma alma muito diferente da que tinha sido definida pela prática e teoria cristãs.”(FOUCAULT, 2006a, p.65)

Se as psicoses já foram consideradas como distúrbios da alma, com o desenvolvimento de psicofármacos eficientes a medicina a alcançou. Os psicofármacos como antidepressivos e antipsicóticos esvaziaram os manicômios dos loucos e no seu lugar entram os drogadidos. Ou seja, viciados em fármacos que alteravam o estado do humor e da mente, ou poderíamos dizer fármacos que aprisionam suas almas? O uso de entorpecentes tornou-se problema de saúde pública. Com o desenvolvimento das neurociências, o conceito de alma vai sendo eclipsado pelo conceito de mente. E ao contrário da alma, a mente tem o seu órgão, o cérebro, e este é campo da medicina. Para tranquilidade da alma, receitamos calmantes. Para melancolia da alma, receitamos antidepressivos. Para ilusões da alma, prescrevemos antipsicóticos. Poderíamos então dizer que houve a medicalização da alma?

7.5 O FIM DA MEDICINA ALTERNATIVA

A característica da isotopia dos sistemas disciplinares necessita classificar os indivíduos na sua multiplicidade. Isto gera o já comentado resíduo do irreduzível, do inclassificável, do inassimilável, porém:

Creio que temos aí uma característica própria dessa isotopia dos sistemas disciplinares: é a existência necessária dos resíduos que vai acarretar evidentemente o aparecimento de sistemas disciplinares suplementares para poder recuperar estes indivíduos, e isto ao infinito. (FOUCAULT, 2006a, p.57)

Seguindo esta estratégia as medicinas alternativas, a partir de 1990, passaram a ser chamadas de complementares: “Coadunam perfeitamente com medicina preventiva e programas de saúde pública” (JOHNSTON, 2004, p.31). “Na Grã-Bretanha a medicina alternativa desde 1980 tem sido chamada de complementar”. (WORTHON, 2002, p.299)

Se há forte desejo de englobar os tratamentos complementares, há pouco esforço no sentido de dar-lhes validação científica (estudos duplos cegos; grupos controle...etc.) ou livrar-se do *bias* do efeito placebo em sua avaliação. Isto não é necessário e pode até ir contra o discurso alternativo. Às vezes, a necessidade não é de eficiência no resultado e sim na medicalização. Sua consulta foi rapidíssima ou o médico disse que suas queixas são infundadas, que não há nada de errado com você? Se sua queixa não foi devidamente medicalizada existem alternativas: “O estilo da homeopatia é por si seu atrativo. Na verdade seu carro chefe é atração causada por selecionar uma droga para cada paciente, o que requer uma interação clínica com o paciente, que um século depois seria denominada holística”. (WHORTON, 2002, p. 64)

E ainda de acordo com Whorton (2002, p. 56), “Para Hanheman cada homem é sua própria doença”.

Relata Whorton sobre a novela de 1850 *Os doutores de Delia*, onde, no começo, sua família era cética com relação ao tratamento homeopático, contudo:

Começa com o mais formidável dos interrogatórios dirigidos a uma jovem senhora. Com caderno e caneta ele anotou **todas** as respostas. No mínimo ele anotou umas cem perguntas. Ele era evidentemente um bom observador. A sua fama se confirma quando

a mãe de Delia pergunta o diagnóstico de sua filha: 'Ausência de saúde retumbante uma disfunção de sua força vital, responde o médico'. (WHORTON, 2002, p. 65).
Se na alopatia se pergunta aonde incomoda? O homeopata sabe que tudo incomoda, incluindo a psique e a alma. (Idem, p.56)

A medicina alternativa passou a adotar as características disciplinares da medicina oficial, a produção de uma verdade confessional, a regulação de cada aspecto da vida do indivíduo e da totalidade de seu tempo, a adoção de prontuários para o registro de consultas e produção de um saber próprio, a hierarquização com o aparecimento de associações de classe, cursos e o registro dos praticantes regulamentados de medicina alternativa complementar. Justamente sua positividade reside agora na eficácia em medicalizar a sociedade. Ela dá validação às mazelas humanas não contempladas pela medicina oficial e, pelo mesmo motivo, é articulada numa mesma estratégia disciplinar. Ou melhor, seu campo de atuação são as áreas que não recebem apoio da medicina oficial para serem medicalizadas, ou as que foram desmedicalizadas por esta.

A população internalizou a medicalização e o processo científicos como subjetividade garantida, numa cultura de mercado. (CONRAD, 2007, p.14).
Onde havia antigamente atividade física para formação de caráter, para provar da natureza e o prazer do esporte, agora há um entendimento de atividade médica com o propósito de boa saúde. (PETERSEN; BUNTON, 2006, p.101).

O caráter positivo, em vez do repressivo, exige do médico esta ligação com a medicalização. A queixa é de que não foi pedido nenhum exame, que não foi dado um tratamento medicamentoso ou orientada uma dietética para a queixa do doente, que foi dada pouca atenção a uma queixa ou angústia que o paciente queria ver justificada pela medicina. Quando existe esta carência, o paciente pode procurar uma medicalização alternativa.

Por vezes, no discurso de desmedicalização se esconde uma simples desprofissionalização perigosa. Mesmo em tratamentos alternativos, há necessidade de conhecimentos sobre anatomofisiologia básica, reações a medicamentos (sim, mesmo medicamentos alternativos apresentam reações) e, principalmente, diagnóstico:

A medicina holística é geralmente uma forma de desprofissionalização de uma área, sem diminuir a sua medicalização (CONRAD, 2007, p. 12).

Muito do que é chamado de cuidado consigo (self care) envolve a medicalização de cuidados na ausência de um tratamento médico. (*Idem*, p. 11).

O casamento e a complementaridade das medicinas provêm de ambas as partes:

Como colocou um naturopata praticante; se eu sofrer um acidente sério, leve-me diretamente para o departamento de emergência do hospital. Não me leve para um naturopata! E continua: assim que o sangramento for contido e eu estiver estável chamem meu naturopata para integrar-me novamente, eu quero o melhor das duas medicinas. (WHORTON, 2002, p.302)

7.6 GOVERNAMENTALIDADE: A MEDICINA COMO ARTICULAÇÃO ENTRE DISCIPLINA, LEI E DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA

Segundo Foucault o Estado é uma peripécia da governamentalidade.

O Estado é uma prática. O Estado não pode ser dissociado do conjunto de práticas que fizeram efetivamente que ele se tornasse uma maneira de governar, uma maneira de agir, uma maneira também de se relacionar com o governo. (FOUCAULT, 2004b, p.282)

Mas o Estado nada mais é que uma peripécia do governo, e não o governo que é um instrumento do Estado. Ou, em todo caso, o Estado é uma peripécia da governamentalidade. (*Idem*, p.253)

O Estado, apesar das personalizações simplórias que se fazem dele em vários discursos, é uma construção da sociedade civil governamentalizada.

A prática estatal se dá por meio de instrumentos chamados mecanismos de segurança. Seu alvo é a população. Obtém suas informações de estatísticas e dados obtidos destes grupos. Seu objetivo é manter sua população dentro de taxas aceitáveis de mortalidade, nascimento, fecundidade etc. É uma arte de governar do Estado moderno, que visa preservar, conhecer e controlar sua população. Este dispositivo tático confere uma racionalidade na aplicação da disciplina e da lei, como se fossem dispostas em camadas.

Aqui também, por sinal, basta ver o conjunto legislativo, as obrigações disciplinares que os dispositivos de segurança incluem, para ver que não há uma sucessão: lei depois disciplina, depois segurança. A segurança é uma certa maneira de acrescentar, de fazer funcionar, além dos mecanismos de segurança, as velhas estruturas da lei e da disciplina. (FOUCAULT, 2004b, p.12)

Ou seja, para os mecanismos de segurança da governamentalização o Estado procura a medicina científica, pois a segurança trabalha com dados empíricos estatísticos e resultados, e procura controlar a sociedade em direção de taxas aceitáveis destes dados. Esta encontra semelhança, apoio e ferramenta, na medicina baseada em evidências, estatísticas e resultados, a medicina fundamentada no método científico.

Já a sociedade disciplinar solicita da medicina o normal e o anormal, o permitido e o proibido, transformar antigos pecados em doenças. Como no caso das prisões não é sua eficiência estatística ou a comprovação dos seus resultados, muito pelo contrário, é sua função a normalização dos indivíduos, a organização das suas multiplicidades. Portanto a governamentalidade, no caso da disciplinarização e controle dos corpos, aceita toda a medicina disciplinar, científica ou não.

A medicina segue como uma espinha dorsal da nossa sociedade governamentalizada, porque articula mecanismos de segurança, como arquitetura e planejamento das cidades e campanhas de vacina, à camada disciplinar e à lei. Na disciplina empresta sua diferenciação dentre normal e patológico para o interdito ou permitido na sociedade. Articula-se também com a lei, onde é solicitada a produzir leis que protejam tanto a segurança da população, quanto a sua normalização e disciplinarização, ou como perita forense, na avaliação do indivíduo, de sua sanidade mental, de seu dano físico etc.

Segundo Foucault (2001a, p.1248), uma das grandes funções da medicina em nossa sociedade é de manter, reconduzir, dar suporte a todas as diferenças a todas as segregações, a todas as exclusões que podem existir. Foucault também afirma:

Isto mostra em todo caso que no século XVIII houve um processo de dupla face; o desenvolvimento de um progresso médico na forma de clientela privada, um aumento de pessoal que oferece intervenções médicas qualificadas, baseada numa demanda pela parte dos indivíduos e das famílias, a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, diagnóstico, na terapia individual, na exaltação explícita moral e científica (secretamente econômica) do colóquio singular, contudo a colocação de um grande progresso da medicina do século XIX, não pode ser separada da organização, à mesma época, de uma política da saúde que tem em consideração as doenças como problema político e econômico, que se coloca em relação a coletividades e que deve ressoar ao nível de decisões conjuntas. A medicina privada e a socializada revelam em seu apoio e na sua oposição recíprocos, uma estratégia global. (FOUCAULT, 2001b, p.13,14).

Creio que, nesta complementaridade e estratégia global, outra função da medicina seria a de articular segurança, território e população. Por exemplo, Foucault (2001b, p.21) coloca a medicalização da família (e da infância) como ponto de ligação entre os objetivos gerais de saúde do corpo social, que seria na camada de dispositivos de segurança, e da necessidade de cuidados dos indivíduos, que seria da camada disciplinar.

A medicina firma-se em diferentes instâncias do poder... Constitui-se igualmente numa tarefa político-médica sobre uma população, que engloba toda uma série de prescrições, que não concernem somente à doença, mas formas mais gerais de existência e comportamento (alimentação e bebida, sexualidade e fecundidade, maneira de se vestir e desenvolvimento de moradias. (FOUCAULT, 2001b, p. 23)

Da mesma forma os três modelos médicos propostos por Foucault: o da lei que seria representado pela lepra; o da disciplina que seria representado pela peste e o da segurança, que seria o modelo da varíola, estão presentes, ativos e fazem parte intrínseca da nossa sociedade. Ainda isola-se por força de lei, se não o leproso, o fumante. Ainda disciplinam-se os corpos dóceis; em vez da peste, têm-se o índice de massa corpórea e os distúrbios alimentares; através de dietas, internamentos e até cirurgias, normaliza-se o indivíduo. Campanhas de vacinação eliminaram a varíola, mas são necessárias ainda para febre amarela, dengue e gripe. Ao invés de uma substituição entre eles, aparece um reforço recíproco, um aumento e sofisticação dos três modelos, porque a medicina liga e articula os três níveis de controle social. Está pastoralmente presente tanto no *Omnes* quanto no *singulatim* * de segurança, lei e disciplina. “Mas deve-se notar outro processo, mais geral que os anteriores e que não tem um desenvolvimento simples. O aparecimento da saúde e do bem-estar da população em geral como dos objetivos essenciais do poder político.” (FOUCAULT, 2001b, p.16)

* “*Omnes et singulatim*”: vers une critique de la raison politique (FOUCAULT 2001b, p.953)

Para complementar este objetivo a prática estatal é também suporte da medicina alternativa:

Bill Clinton formalizou um encontro com a comissão da Casa Branca sobre a política da medicina alternativa complementar em 2000, no intuito de legislar e administrar recomendações para maximizar os benefícios das medicações alternativas e complementares para o público em geral. (WHORTON, 2002, p.299)

Em 1996 a legislação estadual de King County (que engloba região de Washington e Seattle) promulgou uma lei obrigando cada plano de seguradora de saúde em Washington a cobrir os custos de todos os praticantes licenciados, incluindo quiropratas, naturopatas, massagistas e acupunturistas. (Idem, p.298)

São métodos de baratear e popularizar a medicalização e controle da população. A única vez que o Estado exerce seu controle repressor é quando consegue comprovar, dentro de qualquer terapia, um **grande** perigo à segurança de sua população. Em 1999 dois terços dos centros do Estado ofereciam medicina alternativa para a população. Hospitais por todos os Estados Unidos criaram clínicas integradas, já eram 27 até 2001. (WHORTON, 2000, p. 298) As medicações complementares cumprem a função de medicalizar toda a lacuna deixada pela medicina oficial. É possível, e desejada pela população, a medicalização e disciplinarização completa, holística, do indivíduo. Lembra Foucault que a disciplina não deve ser realizada pelo próprio Estado e sim por instituições marginais a este: “Elas são marginais a uma espécie de decisão geral, fundamental, universal daquela de um hospital, psiquiátrico ou não, que deve ter não somente a função particular que deve exercer sobre o sujeito, mas também a totalidade de sua existência.” (FOUCAULT, 2001a, p.1485). Uma medicalização alternativa na qual o sujeito é constituído pelo discurso da saúde como um todo, corpo e alma, holisticamente.

Portanto, agora, a medicina disciplinar nos diz como pensar, como comer, que cor vestir, que música escutar, como respirar, como dispor a decoração, como ortopedizar nossas moléculas, direcionar nossa energia interna, dirigir nosso espírito nesta vida e nas passadas, regular nosso cólon, regular os banhos, a água que bebemos, nosso sexo...

Progressivamente as medicações alternativas se vão tornando parte da medicina oficial, como a homeopatia, acupuntura e, recentemente, a medicina ortomolecular. A pergunta não é se existe medicina “alternativa” e sim se existe alternativa à medicina disciplinar, ou melhor, à medicalização da sociedade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso da saúde, tal como ele é praticado desde os fins do século XVIII, é um dos fatores primordiais na constituição do sujeito. A medicina tornou-se um espaço privilegiado nesta composição. Podemos ser definidos pelas doenças que temos, os tratamentos e prevenções que utilizamos.

Encontramos dentre os inúmeros formadores do discurso atual da saúde, quatro principais: a medicina estética, a indústria farmacêutica, a medicina como fator de governabilidade do biopoder e a medicina alternativa.

A utilização da arqueologia para detectar práticas discursivas e da genealogia foucaultiana para delimitar seu surgimento histórico, foi uma tentativa de escapar da armadilha da história monumental da medicina, que nos dá a idéia que, desde Hipócrates até hoje, há um progresso contínuo da medicina, um caminho convergente à “verdade” que possuímos no dia de hoje. Esta análise do aparecimento do cuidado de si contemporâneo e o surgimento de novos saberes, como a medicina e a cirurgia estéticas, nos mostraram uma emergência diferente da visão usual.

Os discursos do cuidado de si transformaram-se completamente durante a história, e com isto criaram novos saberes e privilegiaram diferentes condições pelas quais são formadas certas relações, entre o sujeito legítimo de seu discurso e seu objeto de conhecimento arqueológico, na medida em que são constituintes de um saber possível sobre este cuidado de si. O discurso que privilegiava o cuidado com a alma atualmente prestigia a aparência e a estética corporal.

Ao fazer a ponte entre a governamentalidade, a disciplina e o discurso da saúde, a medicina funciona como espinha dorsal da nossa sociedade. A medicalização progressiva da nossa coletividade demonstra a contínua abrangência das estratégias deste discurso da saúde. O “cuidado de si moderno” é formado por práticas médicas e disciplinares, centradas na estética da imagem do corpo. O cuidado da alma encontra-se eclipsado pelas tecnologias do cultivo e disciplina do corpo.

As mudanças dos objetos de conhecimento possibilitaram a transformação de uma medicina reparadora e curativa para uma medicina estética. As práticas sociais dos anos sessenta, os aprimoramentos das tecnologias que representam a imagem do corpo, e o

desenvolvimento médico do período pós-guerra forneceram o campo onde apareceram novos saberes, como o marketing e a cirurgia estética.

A influência da indústria multimilionária de medicamentos no discurso atual da saúde é tão disseminada quanto dissimulada. Esta indústria bilionária investe pouco em medicamentos, pesquisa e desenvolvimento, e muito no discurso da saúde pela via da propaganda e do marketing. A diferença de evolução da indústria multinacional para a nacional pode ser explicada pela mudança do objeto de conhecimento da indústria e de sua relação com o sujeito do discurso deste tipo de saber, além da avaliação econômica. Os laços entre a indústria, os médicos e a produção científica explicam parte desta influência, demonstrando os problemas e vícios produzidos por ela.

Após a revolução industrial, devido à produção em massa, houve uma necessidade de padronização. As medidas do ser humano foram divididas em tamanhos e números. A medicina após o aparecimento da clínica adotou a divisão do normal e do patológico. Este padrão normal é investigado continuamente pelas tecnologias médicas. Assim que uma tecnologia nova aparece, como a ressonância magnética, por exemplo, rapidamente a pesquisa científica procura estabelecer os parâmetros do que seja o normal. Estes padrões são úteis e necessários, embora sua aplicação não seja precisa. Quem nunca experimentou uma blusa que tem um número que é pequeno demais e o outro, logo acima, que é grande demais para o indivíduo? Da mesma forma quem nunca foi ao médico com um exame alterado que foi interpretado normal para este indivíduo ou situação? Este problema nos coloca a pergunta, existe um homem normal?

O fenômeno da medicalização irá apropriar-se deste “homem normal”. Devido ao discurso da saúde atual, que privilegia a disciplina do corpo e qualquer método de evitar a doença, o envelhecimento e a morte, o “homem normal” será o objetivo a ser alcançado pelo indivíduo na medicina chamada preventiva. Com uma longa série de procedimentos estatísticos, baseados em dados empíricos, os padrões são estabelecidos na tentativa de se alcançar um estado mais saudável no futuro. Da mesma forma que as padronizações anteriores, o fato de alcançar estes padrões melhora a saúde na população, mas não necessariamente na saúde do indivíduo. É sempre com surpresa que se observa o falecimento de um atleta, ou a doença de uma pessoa que cumpre estes objetivos da medicina preventiva.

Como a medicina preventiva cumpre os objetivos dos mecanismos de segurança da governamentalidade, o Estado é seu apoio e suporte. Como a medicina está presente nos dois níveis, o dos mecanismos de segurança e da disciplina do corpo, ela é um importante fator de articulação entre governamentalidade e disciplina do indivíduo. Com a medicina preventiva medicaliza-se o próprio estado saudável. Mesmo sem doença alguma, o indivíduo pode ser examinado, diagnosticado e tratado; disciplinado enfim, com relação a um hipotético bem-estar futuro.

O fenômeno discursivo da medicina alternativa, sempre presente no discurso da saúde, estrategicamente vai sendo transformado em medicina complementar. Ao contrário do discurso prevalente na nossa sociedade, encontramos as medicinas alternativas como estratégias de uma medicalização mais abrangente. O Estado, segundo Foucault, no curso *Segurança, território e população*, é uma construção da sociedade civil governamentalizada. O biopoder é uma arte de governar do Estado, que visa preservar, conhecer e controlar sua população. A prática estatal se dá por meio de instrumentos de segurança, cujo alvo é a população. Suas informações são estatísticas e dados obtidos deste conjunto. O objetivo é manter esta população dentro de taxas aceitáveis de mortalidade, nascimento, fecundidade etc. O dispositivo tático de segurança confere racionalidade à aplicação da disciplina e da lei, como se fossem diferentes níveis de uma hierarquia.

Para tornar eficazes os mecanismos de segurança da governamentalização, o Estado procura a medicina científica, pois a segurança trabalha com dados empíricos estatísticos e resultados, procura controlar a sociedade em direção de taxas aceitáveis destes dados. O Estado encontra semelhança, apoio e ferramenta na medicina baseada em evidências, estatísticas e resultados: em suma a medicina fundamentada no método científico.

Já a sociedade disciplinar solicita da medicina o normal e o anormal, o permitido e o proibido, passa a transformar antigos pecados em doenças. Como no caso das prisões não é importante sua eficiência estatística ou a comprovação dos seus resultados, muito pelo contrário, a sua função é a normalização dos indivíduos e organizar as suas multiplicidades. Portanto a governamentalidade, no caso da disciplinarização e controle dos corpos, aceita toda a medicina disciplinar, científica ou não.

Portanto a medicina segue como viga mestra da nossa sociedade governamentalizada, porque articula mecanismos de segurança à camada disciplinar e com

a lei. Na questão da segurança, a medicina orienta desde arquitetura e planejamento das cidades, até quarentenas e campanhas de vacina. Na disciplina empresta sua diferenciação dentre normal e patológico para o interdito ou permitido na sociedade. Articula-se também com a lei, onde é solicitada a produzir leis que protejam tanto a segurança da população, quanto a sua normalização e disciplinarização. Ou seja, age também como perita forense na avaliação do indivíduo, de sua sanidade mental, de seu dano físico etc.

A medicina articula segurança, território e população. Foucault analisa a medicalização da família, e da infância, como ponto de ligação entre os objetivos gerais de saúde do corpo social, que seria na camada de dispositivos de segurança, e da necessidade de cuidados dos indivíduos, que seria da camada disciplinar. A medicina exerce também funções morais, jurídicas e disciplinares, muito além das devidas à relação médico paciente. Esta medicalização totalizante articula relações entre governamentabilidade, normalização e vigilância do sujeito, o que é fundamental no Estado biopolítico.

Numa sociedade onde cada vez mais o sujeito é solicitado a individualizar-se, a diferenciar-se cada vez mais, a medicina em nossa sociedade mantém, reconduz e dá suporte todas as diferenças, todas as segregações, todas as exclusões possíveis, e lhes dá suporte.

Depressão, mania, loucura, obsessão, melancolia, retardo mental, sempre foram considerados males da alma. Se hoje em dia cada um destes males é considerado doença, com etiologia, diagnóstico, classificação, tratamento medicamentoso e até cirúrgico, pergunto: estamos medicalizados até a alma?

Devido à progressiva medicalização da nossa sociedade, o espaço para a constituição do sujeito é permeado pelo discurso da saúde e pela medicina. Este discurso é incongruente com os eventos da vida, como envelhecimento, doença e morte. A beleza do corpo e sua disciplina têm mais prestígio que a própria saúde e autonomia individual. Será então com ironia que diz Foucault: “Não somos nada mais que clientes da medicina”?

A medicina tornou-se grande força em nossa sociedade. O seu imenso progresso, nos últimos séculos, mudou a nossa relação com nosso corpo e com as doenças que nos afetam. A medicina eliminou doenças, como a varíola. Com campanhas de vacinação e vigilância sanitária, controlamos doenças infectocontagiosas, como a poliomielite, sarampo etc. Podemos diagnosticar doenças que nem apareceram no corpo. Com a medicina

preventiva, podemos ter uma vida mais longa e melhor qualidade de vida. Podemos manter a vida mesmo após órgãos essenciais, como rins ou coração, terem parado de funcionar. Transplantes de órgão são corriqueiros hoje em dia, como o serão terapias genéticas e de células embrionárias no futuro. Uma tese não seria o suficiente para demonstrar os benefícios da nossa medicina. Muitos médicos agem como verdadeiros heróis, arriscando suas próprias vidas para cuidar de outros. É dessa medicina, um dos grandes frutos da nossa civilização, de que nos devemos servir. Contudo, na mesma proporção de seus benefícios a medicina carrega outras funções como a disciplinar, excluir etc. Uma cresce, proporcionalmente, como a sombra da outra. Foucault mostra que somos mais livres do que realmente pensamos, que temos espaço para resistir, para dizer não. Precisamos nos servir da medicina e apoiá-la. Mas não devemos ser dominados e disciplinados por ela. É o controle exercido por uma força que, em vez de nos reprimir, nos oferece beleza, saúde e longevidade; é muito mais eficaz e disseminado; espero que esta dissertação sirva de guia para alguns destes mecanismos de poder. E que nos permita fazer melhores escolhas e, por fim, usufruir tanto da medicina quanto da nossa liberdade individual.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2009. URL : http://www.ans.gov.br/portal/site/_/hotsite_tiss/f_materia_15254.htm, acessado em 15 de novembro de 2008.
- ALAN M, Dover JS. *On beauty: evolution, psychosocial considerations, and surgical enhancement*. Arch Dermatol. 2001; p. 137;795-807.
- ANGELL M. *The truth about the drug companies*. New York: Random House, 2004.
- ARAÚJO, I.L. *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: Ed. UFPR, 2001.
- _____. *Do signo ao discurso introdução à filosofia da linguagem*. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.
- _____. *Introdução à filosofia das ciências*. 3 ed. Curitiba: EdUFPR, 2003.
- ARISTÓTELES *Metafísica*. Barcelona: Editorial Iberia, 1984.
- BARCLAY L. AMA. *Discloses Masterfile Physician Data to Pharmaceutical Companies, Medscape MediaWatch*, jul 2007, Laurie Barclay, MD. at <http://www.medscape.com-acessado> em 12 de abril de 2007
- BASHÔ M. *As Sendas de Oku*. Roswita Kempf/Editores. São Paulo, 1983.
- BÍBLIA. Eclesiastes. Latim. *Bíblia de Jerusalém: edição teológica*. Tradução direta do original. Tradução do texto pelo autor. São Paulo: Paulinas, 1986. Cap. 1, vers. 2.
- BIVINS R. *Alternative Medicine? A history*. New York: Oxford University Press, 2007.
- CAPONI S. *Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, volume 1, número.1, janeiro-abril 2009.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS 2008 - URL: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm> - acessado em 11 de novembro de 2008.
- CONRAD P. *The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.
- DAVIDSON A. *Ethics as ascetics: Foucault, the history of ethics, and ancient thought*. New York: Cambridge University Press, 1999.
- DREYFUS H.L. & RABINOW P. *Michael Foucault, beyond structuralism and hermeneutics*. 2 ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1983.

DOUGLAS M. *Pureza e perigo, um ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70, 1991.

DONOHOE M. *Medscape. Ob/Gyn & Women's Health. Woman's Health in Context: Cosmetic Surgery Past, Present, and Future: Scope, Ethics, and Policy*. Posted 08/28/2006.

EDLER F.C. *Boticas e Pharmacias uma História Ilustrada da Farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa das Letras, 2006. p. 33.

EPITETUS, *The Discourses as Reported by Arrian*. London: Harvard University Press, 2000.

EVANS N.A. *Current concepts in anabolic-androgenic steroids*. American Journal of Sports Med. 2004;32. p. 534-542.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7 ed. Rio: Forense Universitária, 2005a.

_____. *Em defesa da sociedade. Curso no College de France (1975-76)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Dits et écrits*. V.1, 1954-1975. Paris: Quatro Gallimard, 2001 a.

_____. *Dits et écrits*. V.2, 1976-1988. Paris: Quatro Gallimard, 2001 b.

_____. *Histoire de la folie à l'age classique*. Paris: Tel Gallimard, 1972.

_____. *Histoire de la sexualité I*. Paris: Tel Gallimard 1976.

_____. *L'hermeneutique du sujet*. Paris: Gallimard Seuil, 2001 c.

_____. *Microfísica do poder*. 21 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005b.

_____. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

_____. *O Poder Psiquiátrico* 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. *Sécurité, Territoire, Population* Paris: Gallimard Seuil, 2004b.

_____. *Vigiar e Punir*. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2006b.

FLYNN T. *Foucault's mapping of history*. New York: Cambridge University Press, 1999.

HADOT, P.O. *Que é Filosofia antiga?* 2 ed. São Paulo: Loyola, 2004.

HONSTON R.D. (Editor). *The Politics of Healing, histories of alternative medicine in twentieth-century North America*. Nova York: Routhledge, 2004.

HUIZINGA J. *O Declínio da Idade Média*. São Paulo:Verbo; EDUNESP, 1978.

ISO (INTERNATIONAL STANDARDS ORGANIZATION). 2008. Url:
<http://www.iso.org/iso/about.htm> - acessado em 12 de setembro de 2008.

KANT I.O. *Conflito das Faculdades*. Lisboa: Edições 70, 1993.

_____. *Observações referentes sobre o órgão da alma*. Revista natureza Humana vol.5. São Paulo: EDUC, 2003

LIVIO M. *Razão Áurea: a história de Fi, um número surpreendente*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

MACMAHON D.M. *Felicidade: uma história*. São Paulo: Globo, 2006.

MANGER L.N. *History of Medicine*. 2a. ed. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2005.

MINISTÉRIO DO TRABALHO 2008 - *Segurança e Medicina do Trabalho*. 38 ed. São Paulo: Atlas, 1997. p.5-6)

OKIE S. *Brave new face*. New England Journal of Medicine 2006; 354:889-894.

PETERSEN A.; BUNTON. R. *et ali. Foucault Health and Medicine*. New York: Routledge, 2006.

PLATÃO. *Alcebiades I e II*. 8 ed. Lisboa: Editorial Inquérito, 2002.

RICHERS R. *Marketing uma visão brasileira*. São Paulo: Negócio, 2000.

ROKWOOD K. *et ali. Long-Term Risks of Death and Institutionalization of Elderly People in Relation to Deficit Accumulation at Age 70*. J. Am Geriatr Soc. 2006. p. 54(6):975-979. Posted 07/06/2006.

RÄTSCH C. *Encyclopedia of Psychoactive Plants, Ethnopharmacology and its Applications*. Rochester, Vermont: Park Street Press, 2005.

SANTOS L. *Pequena História da Medicina Brasileira*. São Paulo: EDUSP, 1966.

SÊNECA L.A. *Epistles*. London: Harvard University Press, 2006.

_____. *Sobre a tranquilidade da alma, sobre o ócio*. São Paulo: Editora Nova Alexandria, 2001.

SHAKESPEARE W. *The complete works of William Shakespeare*. New Jersey: Gramercy Books, 1975.

TEMPORÃO J.G. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

VIGARELO G. *História da Beleza*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

WAIN, H. *History of Preventive Medicine*, Fort Lauderdale: Thomas Books, 1970.

WHORTON C.J. *Nature cures the history of alternative medicine in America*. New York: Oxford University Press, 2002.