

Apontamentos sobre corpo e poder na dialética entre saúde e doença

Notes about body and power in the dialectic between health and illness

Conrado Ramos¹

RESUMO

O ensaio discute algumas das transformações históricas da concepção de saúde e suas articulações com a ideologia e a dominação. As reflexões se colocam entre as ciências da medicina e da psicologia, no intuito de questionar os prejuízos para os profissionais psicólogos da adoção de uma concepção médica de saúde e doença e a necessidade de construir uma concepção que faça jus às particularidades dos objetos específicos do psicólogo, tendo a clareza de que não são os mesmos do médico. O conceito de saúde é questionado em variadas perspectivas, tais como a eugenia e o controle social e a psicologia do trabalhador.

Unitermos. Corpo Humano, Poder (Psicologia), Dominação-Subordinação.

Citação. Ramos C. Apontamentos sobre corpo e poder na dialética entre saúde e doença.

SUMMARY

The test discusses some of the historic transformations of the conception of health and its articulations with ideology and supremacy. The reflections place themselves between the sciences of medicine and psychology, in the intention of questioning the harm for psychology professionals in the adoption of a medical conception of health and illness and the need to build a conception that is fair to the particularities of the specific objects of the psychologist, being sure that here are not the same as those of the doctor. The concept of health is questioned in varied perspectives, such as the eugenics and social control, psychology of the worker.

Keywords. Human Body, Power (Psychology), Dominance-Subordination.

Citation. Ramos C. Notes about body and power in the dialectic between health and illness.

Trabalho apresentado como Conferência Magna no IV Congresso Latinoamericano de Psicologia de la Salud e XI ENPAH – Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, São Paulo-SP, Brasil

1. Psicólogo e Psicanalista, Pós-doutorado do Núcleo de Pesquisa Psicanálise e Sociedade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, Pesquisador da Universidade Paulista – UNIP, São Paulo-SP, Brasil.

Endereço para correspondência:
Conrado Ramos
R. Dr. César, 412/53, bloco A.
CEP 02013-001, São Paulo-SP, Brasil
E-mail: conrado_amos_br@yahoo.com.br

Recebido em: 21/11/2007
Revisão: 22/11/2007 a 05/03/2008
Aceito em: 06/03/2008
Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

Neste trabalho propomos discutir, a partir de variadas perspectivas, algumas das transformações históricas da concepção de saúde e suas articulações com a ideologia e a dominação. Nosso campo de reflexão se coloca entre as ciências da medicina e da psicologia, no intuito de questionar os prejuízos para os profissionais psicólogos da adoção de uma concepção médica de saúde e doença, qual seja, o entendimento dos limiares entre esses dois termos a partir de fatos objetivamente identificados, descritos e classificados, por meio de recursos formalizados de modo positivista e fundamentados nos métodos das ciências naturais.

Entendemos que a inclusão da subjetividade na consideração da saúde e da doença impõe a reconstrução dessas concepções em bases que não podem mais se reduzir à lógica formal própria ao positivismo e às ciências naturais. Saúde e doença, assim, devem ser pensadas dialeticamente, ou seja, tanto na história de seus próprios conceitos e fenômenos quanto pelos sentidos particulares que admitem em diferentes classes sociais e para diferentes sujeitos.

Somente nesta dimensão dialética, quer dizer, mediada histórica e subjetivamente, podemos evidenciar as relações de dominação do corpo, os mecanismos de poder presentes em práticas como a eugenia e a transformação do sofrimento no trabalho em doença e seus efeitos sobre a singularidade do sujeito.

As concepções positivista e naturalista de saúde e doença, necessárias à eficiência das práticas médicas, não podem alcançar as dimensões de poder e dominação e devem, por isso mesmo, ser constantemente submetidas à reflexão crítica. É nesse sentido que defendemos a necessidade de se construir uma concepção de saúde e doença que faça jus às particularidades dos objetos específicos do psicólogo, tendo a clareza de que não são os mesmos do médico: uma concepção de saúde e doença capaz de incluir o sujeito e a história permitirá, por confronto, contribuir com a crítica e o esclarecimento de dimensões que a concepção médica não consegue alcançar.

Nossas reflexões têm um caráter ensaístico, o que julgamos apropriado como método de exposição que permite ao objeto constelar naquilo que ele tem de não-idêntico em relação aos seus sentidos afirmados pelo discurso hegemônico e pela ciência dominante. Nosso esforço então será

o de buscar, nas tensões entre elementos da subjetividade e da objetividade, dimensões em geral negadas das relações entre saúde, dominação e corpo. Compreendemos que o aporte histórico e político do conceito de saúde e suas diferentes concepções entre a medicina e a psicologia pode nos levar à dialética capaz de suspender e inverter as relações entre saúde e doença: o que é saúde para o médico pode ser a doença para o psicólogo.

Queremos esclarecer que a amplitude do leque de reflexão que este ensaio propõe deve ser entendida não em seu aspecto “dispersivo”, o que levaria ao comprometimento do nosso argumento, mas justamente como o método necessário ao desenvolvimento do mesmo. Nosso argumento, assim, se sustenta por meio da exposição das concepções de saúde e doença em variadas dimensões – histórica, sociológica e política – retirando de cada uma delas os elementos concretos de poder e dominação do corpo e da subjetividade.

Medicina, Eugenia e Controle Social

No final do século XIX, com os escravos libertos e jogados à sua própria sorte, começaram no Brasil as preocupações com o controle das multidões urbanas. As formas predominantes de domínio, antes explicitamente marcadas pela força física imposta pelos senhores de escravos, tornavam-se agora mais “higiênicas”, isto é, ancoradas em concepções naturalizadas de saúde e doença. Isto leva, junto com o avanço do liberalismo no Brasil, à construção de formas menos explícitas de controle social, ou seja, à produção de ideologias. Os discursos cientificistas sobre as diferenças raciais, “importados” da Europa, serviram como uma luva para essa nova forma de dominação.

Se o liberalismo significava a entrada do Brasil no autêntico espírito das relações sociais europeias da época, as teorias raciais podiam significar, em contrapartida, um golpe nessa direção em prol da preservação dos resquícios patriarcais que nos diferenciavam. Decadente o patriarcalismo, nem por isso o liberalismo ganhou expressão sem que antes as mentalidades, principalmente da jovem burguesia urbana ascendente, fossem preparadas para o “reconhecimento” da diferença “natural e científica”, e não mais aristocrática e tradicional, entre os dominantes e os dominados.

Antes que se questionassem as diferenças de classes, uma vez que os valores patriarcais não serviam mais para justificá-las, cumpre fazê-lo por

outras formas e com outros conteúdos. Se o liberalismo propunha o avanço nas igualdades de direitos, as teorias raciais, dando um passo atrás, jogavam na cara dos liberais que era impossível uma igualdade de deveres. Podemos ser todos “iguais” desde que só o pobre (leia-se negros e mestiços) trabalhe, em decorrência de sua inferioridade “cientificamente inquestionável”.

Mas não só nas concepções eugênicas de saúde vamos encontrar os elementos político-ideológicos da medicina do final do século XIX e início do século XX. Podemos encontrá-los também nos mecanismos de erradicação e controle das doenças. De acordo com Schwarcz:

“Inadiável não era só a cura das epidemias. Era preciso, também, sanear a nação, evitando que novos surtos aparecessem. Ao lado dos trabalhos na área de epidemiologia (que traziam noções básicas de como distinguir os doentes infectados e tratar deles), toma força uma série de ensaios que tinham como meta prevenir a doença antes mesmo de seu aparecimento. Essa é a época dos grandes projetos de saneamento que invadem dos lares às igrejas, dos portos às escolas. Nenhum detalhe escapa”¹.

Não é difícil perceber, pela citação acima, o quanto que as concepções de saúde e doença acompanham de perto os movimentos sociais de controle e disciplina. Se nas teorias raciais encontramos a saúde como uma barreira natural distintiva da classe dominante, no controle das epidemias vamos encontrar a “democratização” da saúde, mas assimilada aos interesses do capital por meio da administração dos corpos e, por decorrência, da força de trabalho.

Adoecimento e Ideologia na Psicologia do Trabalhador

Os usos ideológicos da concepção de saúde para a administração da força de trabalho não se limitam à dimensão biológica do conceito. A análise das mediações históricas e sociais da medicina voltada à dimensão coletiva (“escolar, profissional e social”) demonstra que a dominação alcança não só a esfera objetiva (disciplinar, comportamental e ambiental), mas também a esfera subjetiva, ao reificar modelos de bem-estar mental e emocional. Segundo Brant e Minayo-Gomez:

“A transformação do sofrimento em adoecimento pode ser compreendida através do longo percurso do “poder disciplinar” que foi aperfeiçoa-

do como uma nova técnica de gestão dos homens. [...] Na gestão do trabalho pós-industrial, a disciplina como técnica de exercício do poder tem por função não mais controlar os gestos e os corpos, mas o pensamento, a criação e as manifestações do sofrimento. Os mecanismos de gestão disciplinar do corpo, que exigiam uma acirrada vigilância de olhares sobre os trabalhadores, nas primeiras décadas do século 20, tornaram-se incompatíveis com a moderna organização. [...] No entanto, a necessidade de controlar parece exigir medidas disciplinares cada vez mais refinadas. Como acontece, por exemplo, com o processo saúde-doença-cuidado, que, no interior das fábricas pós-industriais, tornou-se uma dessas medidas. Em consequência disso, observam-se sutis tentativas de destituição do trabalhador da sua condição de sujeito, para transformá-lo em paciente”².

A medicina ocupacional, desse modo, investe no controle disciplinar do trabalhador ao destituí-lo da consciência crítica do sofrimento provocado nas relações de trabalho, ao reduzir seu sofrimento ao corpo e ao transformar o sujeito trabalhador em paciente, isto é, numa posição passiva frente à qual são negadas suas experiências cotidianas de dominação. Diante das novas condições sociais do trabalho determinadas pelo sistema pós-industrial ou pós-fordista, a flexibilidade, a mobilidade, o manejo de tecnologias avançadas, a competência para a rápida adaptação e para o trabalho em rede e as habilidades para a gestão de riscos tornam-se muito mais importantes do que o controle dos movimentos do corpo, o cálculo da repetição dos gestos e a política de especialização de funções baseada nas práticas psicológicas de seleção encarregadas de encontrar o homem certo para o lugar certo.

Nessa nova configuração cumpre menos controlar o corpo do que o estresse, menos atentar-se à doença do que ao sofrimento, menos buscar a salubridade ambiental nas práticas de higiene do que a regulação afetivo-emocional por meio das novas tecnologias e descobertas psicofarmacológicas. A nova concepção de saúde do trabalhador, para reduzir ideologicamente o sofrimento à doença, precisa da contribuição legitimadora dos saberes e dos fazeres dos psicólogos. O sofrimento, que do sujeito corresponde ao grito de resistência e, por causa disso, o mais particular apelo à saúde, vê-se transformado na própria doença. Por essa via de entendimento, calar um estresse por meio

de remédios ou recursos psicoterapêuticos breves, para fazer o trabalhador voltar o mais rápido possível para seu posto de trabalho, talvez não seja uma prática de saúde, mas sim de adoecimento.

Se na história da medicina poderíamos talvez acompanhar o percurso pelo qual o particular torna-se um corpo, ou seja, o organismo vai, aos poucos, encarnando o indivíduo, na história dos saberes “psis” deveríamos procurar, ao contrário, os processos que levam do corpo ao surgimento de um sujeito, dado, por meio do discurso, em sua singularidade irredutível tanto à concretude biológica do corpo (ao organismo) quanto à abstração sociológica do indivíduo (ou seja, ao indivíduo como parte de um todo, como particular generalizado, expropriado de singularidade). Deste modo, o ponto de referência da particularidade não pode ser o mesmo para os saberes e práticas naturalistas e aqueles ditos psicológicos, como também não devem coincidir, por decorrência, a concepção de saúde fundada no corpo e aquela pautada pelo sujeito.

Se o saber médico busca a causa do sofrimento naquilo que coisifica para além do sofredor, isto é, a doença, ao saber psicológico cabe questionar o que não pode jamais ser coisificado, ou seja, os significados do próprio sofrimento e o sujeito que a condição de sofredor faz manifestar. De outro modo, a psicologia faz calar aquilo que deveria ouvir.

Ato Médico

Discorrer sobre o que há de dialético e de poder no âmbito da saúde nos leva, inevitavelmente, a falar sobre o Ato Médico, projeto de lei 025/2002, de autoria do Senador Geraldo Althoff (SC), que estabelece, entre outras coisas, no Art 1o Parágrafo Único: “As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico”.

Por suas proposições o Ato Médico leva à redução do conceito de saúde e doença à dimensão médica, que tradicionalmente tem retirado de sua compreensão os fatores sociais, econômicos e históricos, bem como elementos psicológicos e ambientais, diante dos quais outras categorias profissionais têm melhor formação, preparo, instrumentos e sensibilidade.

Como exclusividade da prática médica, as decisões sobre a saúde e a doença correm o risco de tomar o corpo como objeto em si, não mediado social e historicamente. Sabemos hoje o quanto os corpos são afetados pelas suas condições sócio-econômicas e históricas. As sensibilidades, os movimentos, a tonicidade muscular, precisam hoje ser compreendidos em função das exigências historicamente construídas.

Podemos citar como exemplo as mudanças das concepções e práticas ortopédicas a partir da revolução industrial: os aparelhos ortopédicos imobilizantes que preconizavam o equilíbrio e a moderação dos gestos e do espírito – forma de disciplinar as consciências e de controlar as pulsões por intermédio do corpo – foram, aos poucos, trocados por instrumentos que visavam a intensificação e o controle dos movimentos, transformando em saúde a concepção dinâmica do corpo e não mais o mecanicismo estático-corretor do período anterior^{3,4}. Trata-se agora, não mais de controlar as pulsões e os gestos, mas de melhor direcioná-los e utilizá-los na força de trabalho.

Tomando o corpo como um objeto em si, sem atentar-se para as mediações sociais nele implicadas, o diagnóstico médico poderá chamar de “doença do corpo” o que, sob uma perspectiva não médica, poderá denunciar, por exemplo, uma exploração do trabalhador. Além disso, a medicina poderá atribuir ao particular, isto é, ao “doente”, as responsabilidades por seu estado e por sua recuperação, eximindo de culpas a totalidade opressiva à qual ele está submetido.

Defendemos a necessidade de um constante debate multidisciplinar sobre o que é saúde e o que é doença, sem negar as concepções tradicionais da medicina (discutidas no início deste artigo), mas também sem fetichizá-la. O triste paradoxo a que podemos chegar com a instituição do Ato Médico é que, ao reduzir ao corpo não mediatizado as compreensões de saúde e de doença, as práticas profiláticas e terapêuticas, ideologicamente cegas às suas determinações sociais, negarão o próprio corpo que pretendem salvar.

Os riscos de compreender a saúde como o bom funcionamento do corpo, são os mesmos da coisificação do homem promovida pela expropriação e exploração capitalista do trabalho. A noção de saúde deve implicar a não-doença, mas também o bem-estar geral e, tão fundamentalmente quanto o bom funcionamento do corpo, a digni-

dade. Questionamos aqui os poderes da Medicina de diagnosticar a “doença” causada pela humilhação, pela exploração e pela degradação social do homem e do espírito. Muitas vezes elas “falam” por meio do corpo, mas isso porque as vias socialmente necessárias para esta fala estão sendo negadas. Tomar o corpo como objeto em si é contribuir com esta negação. Nestes casos, a “doença” não pode ser diagnosticada pelos instrumentos habituais da medicina e nem tratada somente com remédios.

Um novo conceito se saúde para a Psicologia?

Devemos sempre desconfiar da multiplicação de drogas e produtos naturais destinados a aumentar a disposição e reduzir o estresse e nos perguntarmos: servirão eles para promover a saúde ou para “lubrificar” a engrenagem da produção do capital? É certo que alguém pode argumentar que é preciso ter saúde para poder trabalhar, mas a relação se inverte e se complica quando pensamos no estrondoso crescimento da indústria farmacêutica e dos serviços privados de saúde. Aqui, o problema que surge é: precisamos ficar doentes para que o capital se acumule. Temos novamente uma armadilha da dialética que nos deixa em dúvida se a indústria da saúde não é, ao menos também, a indústria da doença.

Qualquer tentativa de definir ou fixar critérios para o conceito de saúde corre o risco de cair no âmbito ideológico. Porém, sem fazê-lo, nenhuma política pública de saúde se torna possível. É dentro dessa dificuldade que vamos encontrar, por exemplo, argumentos para a liberação do aborto e para a legalização do consumo de certos entorpecentes como única forma de reduzir riscos de saúde, argumentos esses que já alcançam expressivas dimensões políticas. O apego aos dogmas clássicos de moral e saúde, nesses casos, pode significar a ampliação da doença. Mas a contrapartida relativista (ou seja, a de que qualquer concepção de saúde vale) retira a noção de saúde da encruzilhada material dada pelas tensões entre objetividade e subjetividade, onde ela deve ser buscada em sua própria história.

Queremos dizer que toda concepção de saúde é concretamente determinada pelas contradições sociais presentes em determinado momento histórico e que somente quando confrontada com tais contradições é que sua verdade material, para além de quaisquer abstrações moralistas ou dogmáticas, pode ser apontada. Deve ficar clara a idéia de que a verdade material diz respeito aos sentidos que saúde e doença assumem na luta pelo poder.

Aos psicólogos cumpre questionar se nosso conceito de saúde é ou deve ser o mesmo que de outras profissões dessa área, como a medicina. Caso fixemos a nossa compreensão de saúde em rigorosos e rígidos critérios objetivos, corremos o risco de adotarmos ou construirmos manuais e cartilhas de ortopedias comportamentais e emocionais e adotarmos um padrão correccional com o qual comparar os sujeitos que nos procuram para melhor adaptá-los às exigências estabelecidas, muitas vezes ingênuos e sem consciência das determinações e conseqüências políticas e históricas de tais exigências. Por esse método pragmático de saúde calamos, na singularidade de seus problemas, o sujeito que nos procura, e fechamo-nos à possibilidade de escutá-lo, escondidos atrás das receitas de manual e da comprovada eficiência adaptativa das mesmas.

Não se trata de sermos contrários por definição às práticas adaptativas. Compreendemos que parte da noção histórica de cura está ligada à adaptação do sujeito. Mas não podemos jamais fazê-lo sem nos perguntarmos a que contexto, condição ou realidade o estamos adaptando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwarcz LM. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993, 296p.
2. Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação de sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Cienc Saúde Col* 2004;9(1):213-23.
3. Vigarello G. Panóplias corretoras: balizas para uma história. In: Sant'anna DB (org) Políticas do corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995, 21-38.
4. Ramos C. A dominação do corpo no mundo administrado. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2004, 231p.